

LES FISTULES ANALES EN CHIRURGIE <> À L'HOPITAL DU POINT G : Expérience à propos de 164 cas

SISSOKO F, ONGOIBA N, COULIBALY Y, COULIBALY B, DOUMBIA D, DEMBELE M, MAIGA Y. M, DIALLO G, TRAORE A.K dit DIOP, KOUMARE A.K

Adresse : Professeur Abdel Karim Koumaré service chirurgie <> Hôpital du Point G

RESUME

La rareté des données sur l'évolution à long terme des traitements chirurgicaux des fistules anales en Afrique a été le principal motif de notre étude.

Nos objectifs ont été : de déterminer la fréquence des fistules dans le service de chirurgie <>, de décrire les signes cliniques et paracliniques de ces fistules et de décrire les suites opératoires à court et long termes. Cette étude a été rétrospective allant de 1979 à 1996. Ainsi 164 cas de fistules anales ont été colligés parmi lesquels 90 ont été opérés soit 54,8%. La Fistulectomie a été pratiquée dans tous les cas. Nous avons procédé à la section lente du sphincter par la mise en place d'un nœud à l'aide d'un fil élastique dans 66 cas (soit 73,33%). La mise à plat du trajet fistuleux a été effectuée dans 24 cas (soit 26,67%). Les suites opératoires précoces ont été simples dans 80 cas (soit 89,89%). A six mois 76 de nos malades opérés (soit 85,39%) ont eu une suite simple. Dix neuf de nos patients (soit 21,11%) ont eu un recul de 10 ans parmi lesquels 17 ont eu une suite simple (soit 89,47%). Aucun cas de récurrence n'a été trouvé dans notre série.

MOTS CLES : Anus – fistule – Chirurgie

I. INTRODUCTION

La fistule anale est une maladie gênante connue de l'humanité depuis l'antiquité. Elle est presque toujours consécutive à un abcès du pourtour de l'anus.

Le traitement des fistules anales est exclusivement chirurgical. Mais il est bon de rappeler la citation selon LOCKHART MUMMERY [11] « Nombre de fistules exigent une expérience considérable et beaucoup d'habileté. La réputation de nombreux chirurgiens a été beaucoup plus entachée par des interventions sur fistules anales que par des laparotomies. Les mauvais résultats d'une laparotomie sont facilement oubliés avec des fleurs, tandis que les fistules se promènent, exhibant sans cesse les malheureux résultats de leur traitement ».

Au Mali les différentes études n'ont pris en compte que les aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des suppurations anales. Par ailleurs le suivi post - opératoire des fistules anales à moyen et long termes pose des problèmes en Afrique à cause de l'absence d'informations sur les malades après leur sortie de l'Hôpital.

Nos objectifs ont été : de déterminer la fréquence dans le service de chirurgie B, de décrire les signes cliniques et paracliniques de ces fistules et de décrire les suites opératoires à court et long termes.

2. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de janvier 1979 à décembre 1996 portant sur les dossiers des patients ayant consulté dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Point G.

2.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les cas de fistules anales diagnostiqués par les moyens cliniques et /ou paracliniques.

La fistule anale est un trajet étroit, irrégulier, allant de la muqueuse du canal anal à la peau de la marge de l'anus, presque toujours consécutive à un abcès du pourtour de l'anus ; même parfois correctement traitée.

Nous avons adopté la classification suivante :

- a) Fistule – inter-sphinctérienne : Le trajet se situe entre les sphincters interne et externe, sans jamais franchir le sphincter externe.
- b) Fistule trans-sphinctérienne : Le trajet fistuleux traverse le sphincter externe à différents niveaux, mais toujours en dessous du muscle pubo-rectal.
- c) Fistule supra-sphinctérienne (rare) : Le trajet, à partir de l'orifice interne se dirige vers le haut, à travers l'espace inter-sphincterien, contourne le bord supérieur du pubo-rectal et redescend en perforant le releveur de l'anus pour arriver à la peau périnéale, après avoir traversé le creux ischio-rectal.
- d) Fistule extra-sphinctérienne (exceptionnelle) : Le trajet se trouve tout entier en dehors du sphincter externe.

2.2. Critères de non-inclusion :

Ce sont tous les dossiers incomplets.

2.3. Le suivi :

Les suivis à court et moyen termes ont été effectués d'après les dossiers cliniques..

Celui à long terme a été recueilli soit dans les dossiers ou soit à domicile pour les patients venant de Bamako et auprès des "personnes contacts" pour ceux habitant en dehors de Bamako.

3. RESULTATS

3.1. Aspects épidémiologiques :

Nous avons colligé 164 cas de fistules anales dont 129 chez des sujets de sexe masculin et 35 chez des sujets de sexe féminin. Le sexe ratio a été de 3,6 en faveur des hommes. L'âge moyen des malades a été de 36,2 ans avec un écart type à 11,3 et des extrêmes allant de 5 à 76 ans.

Nous avons effectué 17.524 consultations générales dont 819 consultations proctologiques (soit 4,4% de l'ensemble des consultations en général).

La fréquence des fistules anales a été de 20,% des consultations proctologiques et de 0,89% de l'ensemble de nos consultations générales.

Il a été effectué dans le service de chirurgie B durant la même période 5311 interventions chirurgicales dont 90 fistulectomies (soit 1,6% de l'ensemble de nos interventions chirurgicales).

3.2. Aspects cliniques :(tableau n°1) :

Les motifs de consultation évoqués par les malades étaient variés et les plus fréquents ont été :

- « fistule anale » : 68 cas, (soit 41,46%)
- « furoncle anal » : 36 cas, (soit 21,95 %)
- « douleur anale » : 22 cas, (soit 13,41%)
- « écoulement anal chronique » : 17 cas, (soit 10,37%).

La durée d'évolution de la fistule anale avant la consultation en chirurgie B a été en moyenne de 2,5 ans avec des extrêmes de 1 mois à 20 ans.

Au toucher rectal la perception de l'induration du trajet fistuleux a été notée dans 39 cas (soit 24 %).

3.3. Topographie du trajet de la fistule par rapport au sphincter interne : (tableau n°II)

Nous avons répertorié : la fistule inter-sphinctérienne : 54 cas (soit 58 %), la fistule trans-sphinctérienne : 25 cas (soit 26,7 %) et la fistule extra-sphinctérienne : 14 cas (soit 15,3 %).

71 de nos patients n'ont pas eu une description topographique précise du trajet par rapport au sphincter interne.

3.4. Les différentes pathologies proctologiques associées ont été : (tableau n°III) .

Les hémorroïdes : 36 cas, la fissure anale : 22 cas, une ano-rectite : 18 cas, et un polype rectal dans 4 cas.

Aucune association morbide d'ordre proctologique n'a été constatée dans 84 cas (soit 51,2%).

3.5. Les résultats des examens complémentaires

- La sérologie de Bordet et Wassermann effectuée chez 29 patients a été positive dans 2 cas.

- La sérologie VIH a été effectuée chez 9 patients avec 3 cas de seropositif.

- La fistulographie : a été demandée dans les cas de fistule multiples (12 cas) mais elle n'a pas trouvé de fistule en fer à cheval.

3.6. Aspects thérapeutiques : (tableau n°IV)

Quatre vingt dix de nos patients ont été opérés soit 54,8% de l'effectif total des cas.

Seize de nos patients (soit 17,7%) ont bénéficié en même temps du traitement de pathologies associées :

- Fistulectomie + Hémorroïdectomie : 8 cas (8,9%).
- Fistulectomie + Fissurectomie : 7 cas (7,8%).
- Fistulectomie + Hémorroïdectomie + Fissurectomie : 1 cas (1,1%).

Les antalgiques ont été prescrits dans tous les cas opérés. Nous avons procédé également à la vaccination antitétanique ou à sa mise à jour chez tous les patients opérés.

Une antibioprophylaxie a été systématique en per et postopératoire.

3.7. Anatomie pathologie :

Pour tous les cas opérés, l'examen d'anatomie pathologique de la pièce opératoire a conclu à l'existence d'un processus inflammatoire avec fibrose.

3.8. Les suites opératoires :

Il y a eu un cas de décès sur la table d'opération lié à un problème anesthésique au moment de l'induction avant tout traitement chirurgical. Par conséquent le suivi postopératoire a porté sur 89 patients (soit 54,26% de l'ensemble).

Dans les 30 premiers jours postopératoires (tableau N° V) : 80 patients ont eu une suite simple ; 7 patients ont présenté une incontinence aux gaz et les 2 autres malades accusaient une incontinence aux selles liquides et aux gaz.

A 6 mois (tableau N° VI) : 76 malades opérés (soit 85,39% des opérés) ont eu une suite simple. Nous avons constaté 7 cas de retard de cicatrisation, 3 cas d'incontinence aux gaz, 2 cas de prurit anal et 1 cas de douleur anale persistant.

Dix neuf de nos patients (soit 21,11%) ont eu un recul de 10 ans (Tableau N° VII). Aucun d'entre eux ne se plaignait de symptômes fonctionnels anaux.

4. DISCUSSION :

4.1. Traitement :

Nous avons plus fréquemment utilisé la technique du fil élastique de traction continue (73,33%) par rapport à la mise à plat (16,67%). Car au moindre doute nous avons préféré mettre un fil élastique de traction comme le recommandent certains [12-14].

4.2. La durée d'hospitalisation :

Après intervention, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 11,92 jours. et par contre elle est de 8 jours pour *ABOLO* [2].

A signaler que certains auteurs effectuent la chirurgie des fistules anales en ambulatoire avec moins de 24 heures de séjour hospitalier [13].

Cette durée d'hospitalisation longue s'explique qu'en cas de mise en place de fil élastique de traction continue, le patient est gardé jusqu'à ce que le fil tombe après section complète lente du sphincter. Nous n'avons pas eu à effectuer de resserrages comme l'ont préconisé certains auteurs [9,11].

4.3. Les suites opératoires :

Les deux patients porteurs du virus VIH n'ont posé aucun problème particulier. Aucun cas de la maladie de Crohn n'a été observé.

La mortalité opératoire dans notre service a été d'un cas de décès sur la table d'opération (lié à un problème anesthésique).

Au cours du séjour hospitalier nous avons eu 2 cas d'incontinence anale aux selles liquides (2,25%) et 7 cas aux gaz (7,87%). Par contre 11% d'hypocontinence transitoire et 1,2% d'hémorragie sont rapportés par *DENIS* [7].

A long terme nous n'avons pas eu de récurrence. Pour *DENIS* [7] le taux de récurrence et d'incontinence est respectivement de 2% et 11% dans les fistules trans sphinctériennes.

5. CONCLUSION

Les fistules anales constituent une pathologie assez fréquente avec une prédilection pour l'adulte jeune de sexe masculin. Elles sont relativement tolérées par les malades. Le diagnostic des fistules anales est assez facile. Le traitement chirurgical, que nous avons effectué : l'excision du trajet associée à la mise en place du fil élastique tracteur pour les fistules trans et extra-sphinctériennes, donne de bons résultats pour ces types de fistule.

Tableau I : Répartition des malades selon le principal motif de consultation :

Motif de consultation	Effectif	%
« Fistule anale »	68	41,46
« Furoncle anal »	36	21,95
« Douleur anale »	22	13,41
« Écoulement anal chronique »	17	10,37
« Hémorroïde »	9	5,49
« Prurit anal »	7	4,27
« Fissure anale »	2	1,22
« Rectorragie »	2	1,22
« Constipation »	1	0,61
TOTAL	164	100

Tableau II : Répartition des malades selon le type de fistule anale

Type de fistule anale	Effectif	%
Fistule intra-sphinctérienne	54	33
Fistule trans-sphinctérienne	25	15,2
Fistule extra-sphinctérienne	14	8,53
Trajet indéterminé	71	43,2
Total	164	100

Tableau III : Répartition des malades selon les pathologies associées

Pathologies associées	Effectif	%
Hémorroïde	36	22
Fissure anale	22	13,4
Ano rectite	18	11
Polype recta	4	2,4
Aucune pathologie associée	84	51,2
Total	164	100

Tableau IV : Répartition des malades selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectif	%
Fistulectomie + fil élastique	66	73,3
Mise à plat + fistulectomie	24	26,7
Total	90	100

Tableau V : Répartition des malades selon les suites précoces (les 30 premiers jours)

Suites précoces	Effectif	%
Suites simples	80	89,9
Incontinence aux gaz	7	7,9
Incontinence aux selles liquides et aux gaz	2	2,2
Total	89	100

Tableau VI : Répartition des malades selon les suites à 6 mois

Suites à 6 mois	Effectif	%
Suite simple	76	85,4

Retard de cicatrisation	7	7,8
Incontinence aux gaz	3	3,4
Prurit anal	2	2,2
Douleur anale	1	1,2
Incontinence aux selles	0	0
Total	89	100

Tableau VII : Répartition des malades selon les suites à 10 ans

Suites à 10 ans	Effectif	%
Suite simple	17	89,5
Perdu de vue	2	10,5
Incontinence aux gaz	0	0
Total	19	100

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABCARIAN H, DODI G, GIRONA J – Fistula-in-ano. *Dis Int J Colorect* 1987 ; 2 : 50.
2. ABOLO, MACKOUMBOU, CLEMENT, ESSOMBA R, KINIFO HVT – Fistules anales : Intérêts de la technique de la fistulectomie associée à la suture endo-anale au catgut chromé. *J Chir* 1987 ; 124 : 627-629.
3. AGUILLAR PS, PLASENCIA G, HARDY TD, HARTMAN RF, STEWART WR – Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. *Dis Colon Rectam* 1985 ; 28 : 496-498.
4. BAGNAN KO, KODJOH N, PADONOU N – Le cancer du canal anal à la clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale du CHU de Cotonou : à propos de 2 cas. *Med Afr Noire* 1994, 41 : 34-36.
5. BERNARD J, DENIS j, MAY T, BIGARD MA, CANTON P - Lésion anales et péri-anales au cours des infections symptomatiques par le VIH. *Gastro enterol Clin Biol* 1992 ; 16 : 148-154.
6. DEMBELE K - Aspects épidémiologiques et cliniques des maladies anales au Mali. *These, Med, Bamako*, 1993; 37.
7. DENIS J, LEMARCHAND N - Fistules anales : *Ed Techn-Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Est-Int, 9086C10, 5-1990.
8. DIALLO AN, KONE BM, PICHARD E, COULIBALY B, TRAORE HA, DUFLO B. - Intérêt de l'examen proctologique en milieu tropical. *Bull Soc Pathol Exoct* 1986; 79: 542-548.
9. GARCIA-AGUILLAR J. BELMONTE C, WONG WD, GOLDBERG SM, MADOFF RD - Anal fistula surgery : Factors associated with recurrence and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 723-729.

10. KAMINA P - Dictionnaire d'Atlas d'anatomie. Paris : Maloine S.A. A-F, 1983, 643p.
11. LOCKHART-MUMMERY JP - Fistula-in-ano. *Lancet* 1936; 1: 657-660.
12. LUNNIS PJ, SHEFFIELD JP, TALBOT IC, THOMSON JP, PHILIPS RK - Persistence of idiopathic anal fistula may be related to epithelialization. *BJ Surg* 1995; 82: 32-33.
13. MAIGA MY, TRAORE, DIALLO G, DEMBELE K, KALLE A, DEMBELE M, GUINDO A - Etude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. *Med Chir Dig* 1995; 24: 269-270.
14. ZANGUI MT - Abscess anaux. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1986; 22: 241-243.

EPIDEMIOLOGIE ET POLYMORPHISME CLINIQUE DE LA LEISHMANIOSE CUTANEE OBSERVEE AU CNAM (EX-INSTITUT MARCHOUX) BAMAKO (MALI)

KEITA S¹, FAYE O¹, NDIAYE HT², KONARE HD¹

1. Dermato-Lépro-Vénérologue au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) Ex-Institut Marchoux Bamako (Mali)
2. Centre de santé de référence Commune V

RESUME

Les Leishmanioses sont des parasitoses communes à l'homme et à l'animal (anthropozoonose), dues à des protozoaires flagellés appelés *Leishmanies* transmises par la piqûre de la femelle hématophage d'un insecte diptère dénommé Phlébotome (1, 2, 3). Au cours de nos consultations, outre les deux formes cliniques du « Bouton d'Orient » observées habituellement chez nos malades au Mali (forme sèche et forme humide), l'affection semble présenter, de plus en plus, des aspects cliniques divers simulant de nombreuses dermatoses (4). Par ailleurs, les malades viennent à un stade de complication à type de surinfection et de lymphangite empêchant toute activité productive et comportant un préjudice esthétique non négligeable. Ce polymorphisme clinique semble être majoré chez les sujets immunodéficients, notamment ceux infectés par le VIH.

Le but de ce travail était de rapporter quelques aspects épidémiologiques et cliniques de la Leishmaniose cutanée observée à Bamako au cours des cinq dernières années (1997 – 2001).

A cet effet, une étude rétrospective a été menée sur les dossiers des malades observés au cours de cette période. 251 dossiers inclus conformément aux critères d'inclusion, sur 320 dossiers colligés en cinq ans, ont permis le recueil des données épidémiologiques, socio-démographiques, cliniques et para-cliniques.

Le jeune âge (nourrisson) et l'immunodépression par le VIH se sont révélés être des facteurs de gravité, modifiant l'épidémiologie, le profil clinique et le pronostic habituels de la Leishmaniose chez nos malades.

MOTS CLES : Leishmaniose cutanée, épidémiologie, polymorphisme clinique.

INTRODUCTION

Les Leishmanioses sont des parasitoses communes à l'homme et à l'animal (anthropozoonose), dues à des protozoaires flagellés appelés *Leishmanies*, transmises par la piqûre de la femelle hématophage d'un insecte diptère dénommé phlébotome. Les réservoirs de parasites sont des rongeurs sauvages, les mammifères, l'homme et le chien. La zone d'endémie de l'affection couvre le bassin méditerranéen, le Moyen Orient, l'Afrique tropicale, l'Afrique du Nord, une partie de l'Amérique centrale et du Sud, le Sud de l'Europe (France) (1, 2, 3).

Après une période d'incubation de quelques semaines à quelques mois, surviennent des manifestations cutanées, cutanéomuqueuses et/ou multiviscérales liées fortement à la souche de parasite infectant et de l'état immunitaire de l'hôte (4, 5). Ainsi on distingue : la Leishmaniose viscérale (fièvre de Dum Dum ou le *Kala-azar*) ; la Leishmaniose cutanéomuqueuse (*Lspundia* ou Pian-bois ou uta ou ulcère de chicléros) et la Leishmaniose cutanée pure. Cette forme exclusivement cutanée réalisant le classique Bouton d'Orient à forme sèche croûteuse et indolente, ou à forme humide et ulcérée, est due aux espèces *L. ropica*, *L. major* et *L. aethiopica* (3, 4, 5). Au Mali ce sont les formes cutanées qui sont essentiellement observées chez nos malades, la surinfection microbienne et les lymphangites en sont des complications habituelles, empêchant toute activité productive et comportant un préjudice esthétique non négligeable. Le taux moyen d'incidence annuelle de la forme cutanée a été approximativement estimé au cours de nos consultations à 8 cas pour 10001 avant notre étude. Outre les deux formes du Bouton d'Orient rencontrées habituellement chez nos malades, l'affection semble présenter, de plus en plus, des aspects cliniques divers, simulant de nombreuses dermatoses (4). Ce polymorphisme clinique, jadis décrit par les auteurs Guyanais, Dakarais et nous même à Bamako (3, 4, 5), semble être actuellement majoré chez les sujets immunodéficients, notamment ceux infectés par le VIH. Le but de ce travail est de rapporter quelques aspects épidémiologiques et cliniques de la

Leishmaniose cutanée, observée à Bamako au cours des cinq dernières années (1997 – 2001).

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective sur cinq ans (1997 – 2001) des dossiers de cas de Leishmanioses cutanées colligés dans le service de Dermato-Lépro-Vénérologie du CNAM (Institut Marchoux) à Bamako (Mali). Les registres de consultation, d'hospitalisation, d'anatomie pathologie et les cahiers de diapositives nous ont permis de colliger les dossiers des malades. A été considéré cas de Leishmaniose cutanée : toute lésion érythémateuse, papuleuse à base indurée, nodulaire, croûteuse et/ou ulcérée, d'évolution chronique, avec recherche de corps de Leishman positive dans les prélèvements. La présence d'éléments ovoïdes intra ou extra cellulaires, colorés en rouge par le Giemsa à l'examen direct de frottis ou à l'examen anatomo-pathologique de biopsies des lésions, signe cette positivité. Les coupes de biopsie ont fait l'objet d'un double examen, par nous même au laboratoire d'anatomie pathologique du service et, pour une contre expertise, au laboratoire de l'hôpital Pellegrin (Université de Bordeaux II). Tout dossier conforme à cette définition a été inclus dans l'étude. La lèpre, la tuberculose, la syphilis, le diabète, et l'infection à VIH, éventuellement associés étaient recherchés dans les dossiers, leur présence ou non n'empêchaient pas l'inclusion. Tout dossier non conforme à cette définition a été exclu. Les données socio-démographiques et épidémiologiques (âge, sexe, profession, résidence, date de la consultation, pathologie associée), de même que les données cliniques et para-cliniques, ont été enregistrées sur une feuille d'enquête et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info version 6.

RESULTATS

Au total 320 dossiers de cas ont été colligés au cours des cinq années de l'étude ; parmi eux, 251 dossiers conformes à la définition du cas ont été inclus et ont permis le recueil

des données ; 69 dossiers non conformes ont été exclus (67 dossiers ne comportaient aucune donnée sur la recherche de corps de Leishman et 2 autres dossiers ont été exclus à cause d'une discordance de résultats entre les deux laboratoires).

Données épidémiologiques :

- Le taux moyen d'incidence annuelle de la Leishmaniose cutanée a été estimé, à partir de notre échantillon à 6,27 cas pour 1000 dossiers de malades.
- La répartition des 251 cas par année, par profession et par région de provenance a été faite dans les tableaux 1, 2 et 3.
- L'âge des malades variait de 9 mois à 70 ans, moyenne d'âge : 24 ans \pm 8,55 ; avec une prédominance de cas entre 20 et 40 ans (180/251).
- Une prédominance de cas a été observée dans le sexe masculin, sex-ratio : 3/1 (168 cas masculins/83 cas féminins).
- Selon les saisons, la majorité des cas a été observée en saison pluvieuse (juillet, août, septembre : 74 cas) et saison froide (novembre, décembre, janvier, février : 152 cas). En saison chaude et sèche (mars, avril, mai, juin) seulement 25 cas ont été observés.
- Selon la pathologie associée (le terrain), l'infection VIH a été notée chez 6 patients, la diabète (taux de glycémie = 1,92 g/l) était associé à 1 cas et une forme disséminée a été observée chez 3 enfants d'âge compris entre 9 mois et 5 ans.

Données cliniques :

- Selon le nombre de lésions, 50 cas avaient une lésion unique et 201 cas avaient des lésions multiples et multifocales.
- Selon la topographie des lésions, l'atteinte du membre supérieur, du cou et de la région céphalique a été prédominante (186 cas) ; les localisations disséminées et/ou diffuses ont été observées chez le nourrisson, l'enfant et les malades infectés par le VIH.
- Selon le stade évolutif, les lésions ont été classées en lésions débutantes : 138 cas (modules* : 70 cas ; papules : 30 cas ; plaques : 38 cas) et lésions évoluées : 113 cas. Ces cas évolués ont été représentés au tableau 4.

Tableau 1 : Répartition des cas inclus par année

Année	Nombre de cas (%)
1997	46 (18,32)
1998	59 (23,50)
1999	54 (21,51)
2000	47 (18,72)
2001	45 (17,95)
Total	251 (100)

Tableau 2 : Répartition des cas selon la profession

Profession	Nombre de cas (%)
Cultivateurs	65 (25,89)
Éleveurs	60 (23,90)
Militaires	50 (19,92)
Ménagères	44 (17,53)
Enseignants	22 (8,76)
Autres*	10 (4,00)
Total	251 (100)

* Nourrissons et enfants scolarisés ou non.

Tableau 3 : Répartition des cas par région de provenance

Résidence	Nombre de cas (%)
Bamako	68 (27)

Kayes	63 (25)
Koulikoro	45 (18)
Ségou	30 (12)
Sikasso	20 (8)
Mopti	15 (6)
Tombouctou/Gao/Kidal	10 (4)
Total	251 (100)

Tableau 4 : Lésions évoluées : 113 cas*

Type de lésion	Nombre de cas (%)
Ulcération**	60 (53,09)
Ulcération + Croûte	15 (13,27)
Impétiginisation (surinfection)** péri lésionnelle	20 (17,70)
Eczéma péri lésionnel	5 (2)
Aspect sporotrichosique	9 (7,96)
Aspect lupioïde***	4 (3,58)
Aspect psoriasiforme	3 (1,20)
Infiltration cutanée diffuse + nodules	3 (1,20)
Total	113 (100)

* L'échantillon comportait 113 cas évolués et 138 cas de lésions débutantes

** L'adénopathie satellite accompagnait les cas ulcérés et impétiginisés

*** Un halo hypochromique entourait les nodules et les lésions lupioïdes.

DISCUSSIONS

La limitation de notre taille d'échantillon à 251 cas, semble liée au type rétrospectif l'étude dont l'inconvénient est de travailler sur des dossiers assez souvent incomplets et non éligibles. Sur 69 dossiers non inclus, 67 ne comportaient aucun résultat de recherche de corps de Leishman, la discordance de résultats des deux laboratoires a aussi fait rejeter 2 dossiers (granulome non spécifique pour le laboratoire de Bordeaux et spécifique pour notre laboratoire).

Au point de vue épidémiologique, la majorité des cas provenait des régions boisées du pays à climat soudanéo-sahélien : 233 cas (Bamako, Kayes, Ségou) ; cependant, une faible proportion de cas provenait de la région de Sikasso, 8 cas, zone fortement boisée, frontalière de la Côte d'Ivoire. Les cas de cette région pourraient aller se faire soigner en Côte d'Ivoire plus proche d'eux, que de venir à Bamako. Seulement 4 cas provenaient des régions désertiques (Gao, Tombouctou, Kidal). Quant aux cas provenant de Mopti, 6 cas, ce nombre ne reflète pas la réalité de la maladie dans cette localité reconnue fortement endémique. Au cours de nos consultations, le taux moyen d'incidence annuelle a été approximativement estimé à 8 cas pour 1000 avant notre étude (64 cas en moyenne par année pour 8000 consultants dermatologiques). Ce taux d'incidence ne semble pas refléter l'importance de cette pathologie sur tout le territoire national. Par ailleurs, ce taux calculé à partir de notre échantillon a été estimé en baisse à 6,27 cas pour 1000. Pour une pathologie non alitante et guérissant spontanément au bout de plusieurs mois, beaucoup de cas ne viennent pas consulter au centre spécialisé. La prédominance de cas a été observée chez les sujets présentant un risque d'exposition majeur à la piqûre des Phlébotomes : cultivateurs 25 cas ; éleveurs 23 cas ; militaires 20 cas ; 19 cas ont été observés chez les ménagères effectuant aussi des travaux champêtres et cherchant du bois de chauffage en brousse.

Sur le plan clinique, la recherche de pathologies associées a permis d'évoquer un lien entre certaines formes cliniques et le terrain des malades. En effet, une forme papulo-nodulaire disséminée a été observée chez un nourrisson de 9 mois

venant d'un village du cercle de Kayes. En milieu rural, les nourrissons têtent ou dorment tout nus dans les bras de leurs mères assises au feu de bois qui les réchauffe et éclaire la maison. La fragilité de la peau de ces enfants, et leur complète nudité les rend vulnérables à la piqure des insectes et à contracter la Leishmaniose. Chez 6 malades séropositifs pour le VIH, nous avons noté : la forme papulo-nodulaire disséminée une fois ; la forme infiltrative diffuse pseudo lépromateuse une fois (5), cette forme a engendré le décès du malade au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation malgré le traitement par l'antimoniote de N-méthylglucamine (glucantime®) par voie IM : 60 mg/kg/jour, dose progressivement croissante ; par ailleurs chez ces malades séropositifs pour le VIH des ulcérations étendues humides à clapiers purulents simulant un *Pyoderma gangrenosum* et associées à des plaques infiltrées ont été observées 4 fois. Ces cas d'ulcération étendue associés au VIH ont nécessité une longue prise en charge hospitalière, trois mois en moyenne. Cette longue prise en charge des cas associés au VIH est l'expression de l'immunodépression, modifiant le profil clinique des maladies et leur réponse thérapeutique habituelle.

Les autres formes cliniques observées, décrites par les auteurs dakarois, guyannais et nous même à Bamako (4, 5, 6) : formes sporotrichosique, psoriasiforme, lupoïde, qui n'avaient pas de terrains particuliers, ont bien répondu au traitement stibié (1, 2, 7, 8). Les formes eczématisées, liées fort probablement au mauvais traitement et à l'occlusion par le sparadrap, comportaient un prurit, inhabituel au cours de la Leishmaniose cutanée, qui incitait les malades à consulter. Le cas associé au diabète, quoique gravissime, ulcéré et multifocal a bien répondu au traitement stibié.

CONCLUSION

L'ampleur et la gravité du problème posé par la Leishmaniose cutanée sont sous estimées au Mali, pays d'endémie leishmanienne. Seuls les patients présentant des cas invalidants et ceux ayant des moyens permettant le déplacement, viennent consulter dans le seul service spécialisé du pays à Bamako. Malgré cette faible fréquentation du service, le polymorphisme clinique a été curieusement noté chez nos cas. L'infection par le VIH et le jeune âge se sont révélés être des facteurs de gravité, bouleversant l'épidémiologie et le tableau clinique habituels de la Leishmaniose cutanée chez nos malades.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. GENTILINI M, DUFLO B et al. – Les Leishmanioses. In : Médecine Tropicale. Paris : Editions Flammarion, 1986 : 125-133.
2. RICHARD ML – Leishmanioses. In HARRISON Médecine interne. Paris : Editions Arnette, 1995 : 896-899.
3. DEMBELE S – La Leishmaniose cutanée : Intérêt d'un traitement par le 4-4 Diamino Diphényl Sulfone (à propos de 20 cas à l'Institut Marchaux). Thèse Bamako, 1992 : 44-46.
4. NDIAYE B, BALL MD et STROBEL M – Une maladie fréquente au Sénégal : La Leishmaniose cutanée. Dakar Médical, 1983 ; 28 (4) : 725-734.
5. PRADINAUD R, STROBEL M – La Leishmaniose tégumentaire. Le concours Médical, 1987 ; 21 (03) : 979-983.
6. DANIEL F – Leishmaniose. In : Dictionnaire de Dermatologie. Paris : Editions MASSON, 1990 : 388-389.
7. DEDET JP – Leishmaniose tégumentaires. La revue du praticien, 1995 ; 9 (312) : 51-54.
8. LAMBERT D. Leishmaniose. In : Thérapeutique Dermatologique. Paris : Editions FLAMMARION Médecine-Sciences, 1986 : 316-319.

EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCE DES AGENTS DE SANTE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA LEPRE A BAMAKO (MALI) : PROPOSITION POUR L'AVENIR DE LA LUTTE ANTI-LEPREUSE

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF HEALTH AGENTS ON LEPROSY CASE DETECTION IN BAMAKO (MALI): SUGGESTION FOR THE FUTURE OF LEPROSY CONTROL PROGRAM

FAYE O(1), KEITA S(1), N'DIAYE H.T (1), KONARE H.D (1), COULIBALY I (1),
TRAORE A.K (1), MAHE A (2) et les Directeurs Régionaux de la Santé (3)

(1) CNAM - Ex Institut Marchoux. BP 251 Bamako. Mali

(2) Expert Fondation Internationale de Dermatologie. Institut d'Hygiène Sociale. Dakar. Sénégal

(3) Directeurs Régionaux Santé : R S BAH (Bamako), S BAMBÀ (Koulikoro)

Tirés à part : Docteur Ousmane Faye à l'adresse ci-dessus

Tél.: (00 223) 222 5131. Fax: (00 223) 222 28 45 Email : faye_o@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Dans le cadre d'un projet pilote de formation dermatologique de base actuellement en cours au Mali, nous avons évalué le niveau de connaissance des agents de santé des structures de premier recours des malades dans la zone sanitaire de Bamako. Le but de ce travail était d'analyser le niveau de connaissance de ces agents sur le diagnostic de la lèpre et leur attitude face à un cas suspect.

Matériel et Méthodes : Sur les 394 agents de santé formés, 342 ont été retenus pour l'étude: 69 médecins (20,1 %), 93 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (27,2 %), 82 infirmiers du 1^{er} cycle (24 %) et 98 Sages-femmes (SF) (28,7 %).

Résultats : Parmi les 342 agents testés, seulement 33,6 % (115/342) suspectaient une lèpre devant une tache hypochromique cuivrée. Parmi ceux qui n'ont pas reconnu la lèpre (227 agents sur 342), seulement 8 % (18/227) souhaitaient référer le patient à un spécialiste.

Discussion : Les résultats de nos travaux montrent clairement que, malgré les efforts fournis dans la lutte contre la lèpre, le problème essentiel qui est celui du diagnostic précoce des cas, demeure et demande à être résolu.

Conclusion : Dans un contexte socio-économique défavorable et de budget de santé limité, pour renforcer nos efforts de lutte contre la lèpre, nos pays doivent désormais s'orienter vers des programmes de formation dermato-léprologique de masse, de courte durée, simples, peu chers et facile à reproduire.

MOTS CLES : Lèpre - connaissance - Agent de santé

INTRODUCTION

La lèpre connue depuis 'l'origine des temps', est la première maladie dans laquelle une relation de causalité fut établie pour la première fois entre une bactérie et une maladie affectant l'homme, après les travaux de Armauer Hansen en 1873⁽¹⁾. La lutte contre cette maladie a pendant longtemps reposé sur les campagnes de masse dirigées par les équipes mobiles des Grandes Endémies, dans le cadre d'une approche verticale, dont les principales missions étaient le dépistage et la monothérapie à la Diamino diphenyl sulfone (DDS). C'est avec la découverte de la polychimiothérapie (PCT) et son application que la lutte anti-lépreuse a connu une véritable révolution, entraînant pour la première fois une diminution du nombre de cas⁽²⁾. Les succès ainsi réalisés ont conduit l'Assemblée Mondiale de la Santé à adopter, en 1991, la résolution WHA 44.9 visant à éliminer la lèpre en temps que problème de Santé publique, en intégrant les activités de dépistage et de traitement des cas dans les soins de Santé Primaire. Depuis plusieurs années, au Mali, comme dans d'autres pays de la sous-région, la lutte anti-lépreuse est devenue horizontale et est désormais intégrée aux activités des services de santé généraux. Le succès des programmes lèpre de nos pays dépendra finalement de la qualité des prestations fournies par les agents de nos formations sanitaires périphériques dont le bon niveau garantira la bonne qualité du diagnostic. Une évaluation périodique de ces agents doit toujours être faite. Depuis juillet 2001, un projet pilote de formation dermatologique de base visant à améliorer la santé cutanée des populations est en cours de réalisation dans la zone sanitaire de Bamako (Mali)⁽³⁾. Le but de ce travail préliminaire est d'analyser le niveau de connaissance de ces

agents de santé sur le diagnostic précoce de la lèpre et leur attitude face à un cas suspect.

MATERIELS ET METHODES

Entre Octobre 2001 et Février 2002, 394 agents de santé ont reçu une formation dermatologique de base au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie -CNAM- (Ex Institut Marchoux, Bamako, Mali), financée par la Fondation Internationale de Dermatologie. Tous ces agents exerçaient dans les formations sanitaires de Bamako (376 agents) et sa banlieue (18 agents). Ainsi, 21 sessions de formation, d'une durée de un jour par session, ont été réalisées. Chaque session comportait environ quinze à vingt participants. Au début des sessions, le groupe de participants recevait un test de connaissance d'une durée de 30 minutes sur quelques dermatoses courantes y compris la lèpre précoce. Ce test était basé sur la projection de diapositives typiques de chaque affection devant lesquelles les participants répondaient à deux questions : *Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre conduite à tenir ?* Concernant la lèpre, une photo clinique de tache hypochromique cuivrée typique de lèpre BT était projetée. Les différentes réponses des participants ont été analysées.

RESULTATS

Ainsi, sur les 394 agents de santé formés, seulement 342 ont participé au test. Au total, notre étude a porté sur ces 342 agents qui se répartissaient ainsi : 69 médecins (20,1 %), 93 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (27,2 %), 82 infirmiers du 1^{er} cycle (24 %) et 98 Sages-femmes (SF) (28,7 %). Parmi les 342 agents testés, seulement 115 d'entre eux

(33,6 %) évoquaient une lèpre devant une tache hypochromique cuivrée; ce qui représentait 42 % des médecins (29/69), 34,4 % des IDE (32/93), 33 % des Infirmiers du 1^{er} cycle (27/82) et 27,5 % des sage-femmes (27/98) (**Tableau I**). Sur les 115 agents qui ont évoqué la lèpre, 40,9% souhaitaient référer le malade à un spécialiste (47/115), 11,3 % souhaitaient faire un test de sensibilité (13/115) et 2,6 % (3/115) une bacilloscopie ou une biopsie (médecins exclusivement) (**Tableau II**). Parmi ceux qui n'ont pas reconnu la lèpre (227 agents sur 342 soit 66,4%), 8 % souhaitaient référer le patient à un spécialiste (18/227); ce qui représentait 5 % des médecins (2/40), 8,2 % des IDE (5/61), 3,6 % des Infirmiers du 1^{er} cycle (2/55) et 12,6 % des SF (9/71). A l'évidence, aucun d'entre eux ne recommandait ni test de sensibilité cutanée, ni d'examen bacilloscopique. En outre, les traitements qu'ils prescrivaient étaient très variés, souvent nombreux et comportaient fréquemment, des produits topiques ou injectables soit isolément ou en association (corticoïdes, antibiotiques, antifongiques, salicylés, dérivés du goudron...etc.).

Tableau I: Reconnaissance de la lèpre par les agents de santé

Agents	Ont évoqué la lèpre		Effectif total
	OUI	Non	
Médecins	29 (42%)	40 (58%)	69
IDE	32 (34,4%)	61 (65,6%)	93
Infirmiers 1 ^{er} cycle	27 (33%)	55 (67%)	82
Sages-femmes	27 (27,5%)	71 (72,5%)	98
Total	115 (33,6%)	227 (66,4%)	342

$\chi^2 = 3,85$ $P = 0,27$ (non significatif)

Tableau II: Attitudes pratique des 115 agents de santé ayant évoqué la lèpre

Attitudes Agents	OUI			NON	Effectif total
	Test de sensibilité	Réfère au Spécialiste	Bacillo-scopie		
Médecins	0	8	3	18	29
IDE	4	17	0	11	32
Infirmiers 1 ^{er} cycle	4	5	0	18	27
Sages-femmes	5	17	0	5	27
Total	13 (11,3%)	47 (40,9%)	3 (2,6%)	52 (45,2%)	115

DISCUSSION

Dans ce travail, nous avons analysé le niveau de connaissance des agents de santé sur le diagnostic de la lèpre et leur attitude pratique devant un cas suspect. Notre travail représente la situation prévalant dans le district de Bamako et sa banlieue qui n'est sans doute pas très éloignée de celle du reste du pays.

En pratique, le diagnostic de la lèpre doit être évoqué devant toute tache hypochromique acquise. Ce qui impose au praticien la recherche d'un trouble de la sensibilité sur la lésion, d'hypertrophie d'un tronc nerveux périphérique, cubital, radial, sciatique poplité externe...etc. Dans les cas difficiles, lorsque cela est possible, l'on a recours à l'examen bacilloscopique voire à l'histopathologie cutanée.

Les résultats de nos travaux montrent clairement que, malgré les efforts fournis dans la lutte contre la lèpre, le problème essentiel qui est celui du diagnostic précoce des cas, demeure à être résolu. Ainsi, on peut dire que lorsqu'un malade présentant une lèpre cutanée typique se présente dans un centre de santé à Bamako, il a deux chances sur trois de trouver en face de lui un agent de santé qui n'évoquera même pas sa maladie. Dans les cas où l'agent de santé suspectera une lèpre, il fera rarement recours à un examen clinique ou biologique pour étayer son diagnostic et ne préconise la référence à un spécialiste que dans un nombre très limité de cas. Une telle situation peut, à la longue, entraîner un retard du diagnostic avec comme conséquence la découverte de nombreux cas présentant des invalidités. En outre, cette méconnaissance du diagnostic conduit assez souvent à la prescription de plusieurs médicaments parfois contre-indiqués, voire dangereux pour la santé des malades. Un autre risque du diagnostic précoce de la lèpre, non documenté par notre étude, est celui, bien connu, du diagnostic par excès (les faux diagnostics), notamment dans les campagnes de dépistage actif, lequel a pu être chiffré à 30 % des 'nouveaux cas' (4). Dans un système de santé intégré, la lutte contre la lèpre ne saurait s'appuyer sur de tels agents qui constituent malheureusement la majorité du personnel en service dans ces zones. **Dans un tel contexte, quel avenir pour la lutte anti-lépreuse ?** Dans les zones de notre étude, il y a manifestement un problème du diagnostic de la lèpre. Si tel était le cas sur l'ensemble du pays, ce qui paraît vraisemblable, la lutte contre la lèpre devrait s'orienter vers la formation du personnel à la reconnaissance de la lèpre précoce qui représente le profil clinique et épidémiologique actuel de la maladie (5) afin de réduire les taux d'invalidité au dépistage actuellement chiffré à 10-20 % des nouveaux cas (6). De nombreux efforts ont été consentis pour la formation individuelle des agents lèpres avec des durées allant de trois mois à trois semaines. A notre avis, de telles formations ne sont plus adaptées et méritent d'être abandonnées. La durée et le coût d'une telle formation pour

un seul agent sont comparables au coût et à la durée de la formation des 394 agents formés dans le cadre de notre projet qui, en plus de la lèpre, ont reçu des compétences sur d'autres dermatoses courantes avec des résultats immédiats très prometteurs. A ce titre, l'évaluation de l'impact de notre programme de formation sur les capacités des agents de santé non spécialisés dans la reconnaissance précoce des cas de lèpre apparaît cruciale.

CONCLUSION

En conclusion, dans un contexte socio-économique défavorable et de budget de santé limité, pour renforcer nos efforts de lutte contre la lèpre, nos pays doivent désormais s'orienter vers des programmes de formation dermatolérologique de masse, de courte durée, simples, peu chers et facile à reproduire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. REES RJW - The microbiology of leprosy. *In* Leprosy. Hastings R C. Ed Medicine in the Tropics series 1985. Churchill Livingstone 1985; pp 31-52.
2. GROSSET JH - La polychimiothérapie de la lèpre. Conférence Inter-régionale (OMS) sur la lutte anti-lépreuse en Afrique-Brazzaville, 6-10 Novembre 1989 ; 10 pages.
3. MAHE A - Un projet pilote de dermatologie communautaire au Mali. Le bulletin de l'ALLF 2002 ; n°10 :19-20.
4. BAHONG J - Interview sur la situation actuelle de la lèpre dans le monde. Le bulletin de l'ALLF 2002 ; n°10 :16-18
5. KEITA S, TIENDREBEOGO A, KONARE H, Cisse B S, FAYE O - Nouveaux cas de lèpre à l'Institut Marchoux (Bamako, Mali). Etude comparative 1988-1999. *Annal Dermatol Venereol* 2001 ; 128 : 217-9.
6. REUNION DES COORDINATEURS de Programme Nationaux de lutte contre la lèpre de l'Afrique Francophone 'zone AFRF'. Le bulletin de l'ALLF 2002 ; n°10 :10-12.

UTILISATION DU BROMURE DE ROCURONIUM EN PRATIQUE ANESTHESIOLOGIQUE A L'HOPITAL DU POINT G

COULIBALY Y¹, TRAORE A¹, DOUMBIA D¹, TRAORE J², YENA S³, SAMAKE B⁴,
KEITA M¹, DIANGO D⁴, DIALLO A¹

- 1- Service d'anesthésie –réanimation, hôpital point G, Bamako
- 2- Service d'ophtalmologie, Bamako
- 3- Service de chirurgie A, hôpital Point G, Bamako
- 4- Service des urgences chirurgicales, hôpital Gabriel Touré, Bamako

RESUME

Le relâchement musculaire est un impératif de l'anesthésie générale et de la chirurgie surtout intrabdominale. Il est obtenu par l'utilisation des curares dont le choix se fait en fonction : du délai d'action, de la durée d'action et des effets secondaires ainsi que des contre-indications

Dans cette étude prospective, d'épidémiologie analytique portant sur 22 patients âgés de 20 à 75 ans devant subir une intervention chirurgicale sous anesthésie générale avec une intubation endotrachéale ; nous rapportons une évaluation de la qualité de la curarisation obtenue par l'utilisation du rocuronium en raison de 0,6 mg / kg pour une induction en séquence rapide

L'âge moyen de nos patients était de 46,045 ans avec des extrêmes de 20 et 75 ans et une prédominance du sexe féminin (54,55 %)

L'intubation a été excellente dans 60 % des cas (une seule tentative à la 60^{ème} seconde après administration de rocuronium à la dose de 0,6 mg / kg de poids corporel) contre 5 % d'intubation de mauvaise qualité dans la même série (plus de deux tentatives pour insérer la sonde d'intubation). La durée moyenne d'action a été de 26 minutes dans notre série. Le rocuronium semble être une alternative à l'utilisation de la succinylcholine lors de l'induction en séquence rapide ; il a l'avantage de ne pas entraîner ni de fasciculations ni de libération d'histamine considérées comme les limites de l'utilisation du suxaméthonium

Une étude sur un grand échantillon sera nécessaire pour tirer des conclusions

MOTS CLES : rocuronium, curarisation, intubation et anesthésie

INTRODUCTION

L'utilisation des curares en anesthésie générale vise deux objectifs essentiels :

- faciliter une intubation endotrachéale obligatoire pour la protection des voies aériennes et la ventilation artificielle
- obtenir une résolution musculaire, permettant une exploration chirurgicale facile et particulièrement de la cavité abdominale

Les curares actuels sont peu toxiques et procurent des conditions excellentes de travail sans pousser l'anesthésie jusqu'aux confins de l'intoxication. Le curare idéal (délai d'action court, durée d'action modulable et absence d'effets délétères) n'est pas encore sur le marché, cependant certains curares tel que le bromure de rocuronium semblent offrir une perspective intéressante et suscitent un grand intérêt en anesthésiologie.

Le but de ce travail est d'évaluer la qualité de l'intubation endotrachéale 60 secondes après l'administration de bromure de rocuronium à la posologie de 0,6 mg par kilogramme de poids corporel à l'induction en séquence rapide

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective, non randomisée, réalisée à l'hôpital du point G du 06 novembre 2001 au 11 mars 2002. Elle a porté sur 22 patients des

deux sexes devant subir une intervention chirurgicale programmée ou urgente sous anesthésie générale avec intubation trachéale. Le recrutement des patients se faisait au cours de la consultation d'anesthésie.

A l'induction ; il a été administré une dose unique de 0,6 mg /kg de poids corporel de rocuronium en IV et la

première tentative d'intubation intervenait 60 secondes après l'injection.

Les conditions d'intubation trachéale étaient cotées : excellentes, bonnes ou mauvaise, voire impossible selon une méthode inspirée des travaux de Andrews et al.(1) Pour cela, six variables ont été utilisées pour évaluer la curarisation : le train de quatre (TOF), le relâchement de la mâchoire, la réaction à la laryngoscopie, la position et la mobilité des cordes vocales, la mobilité des membres et la réaction du diaphragme.

Les qualités de l'intubation trachéale excellente ou bonne ont été retenues comme cliniquement acceptables.

Les critères d'inclusion : a été inclus dans l'étude tout patient devant subir une intervention chirurgicale, réalisée sous anesthésie générale, ne présentant aucune contre indication avec son consentement éclairé.

Les critères de non-inclusion ont été : toute chirurgie réalisée sous anesthésie locorégionale, contre indication au rocuronium et le refus du patient.

RESULTATS

Tableau n° 1 : Répartition des patients selon le sexe et l'âge

Age	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans	%
Sexe				
Masculin	2	6	2	45,45
Féminin	5	4	3	54,55
total	7	10	5	100

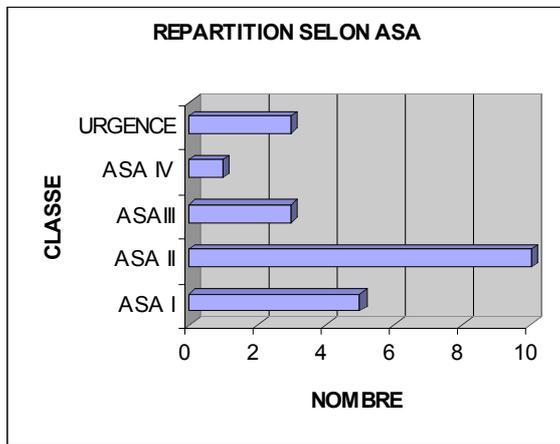
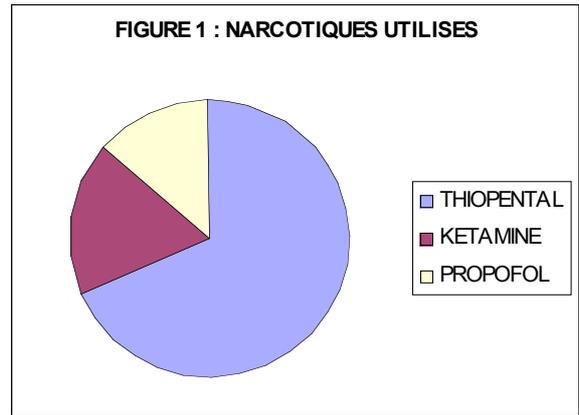
Tableau n° 2 : Répartition des patients selon le poids et le sexe

Poids(kg)	< 50	50-70	>70
Sexe			
Masculin	0	7 (31,81%)	3 (13,64%)

Féminin	3 (13,64%)	4 (18,19 %)	5 (22,72%)
Total	13,64	50	36,36

Tableau n° 3 : Répartition des patients selon les indications opératoires

Pathologies chirurgicales	Types	Nombre de cas	%
Digestives	Tumeur gastrique	4	54,55
	Tumeur intestinale	1	
	Occlusion intestinale	1	
	Péritonite	1	
	Appendicite	1	
	Sténose du pylore	2	
	Eventration	2	
Thyroïdiennes	Goitre	2	18,18
	Tumeur thyroïdienne	2	
Gynéco-Obstétricales	Pyosalpinx	3	22,73
	Hydrosalpinx bilatéral	2	
Autre	Hernie discale	1	4,54
Total		22	100



Répartition des patients selon la classification de l'american Society of anesthesiologists (A.S.A)

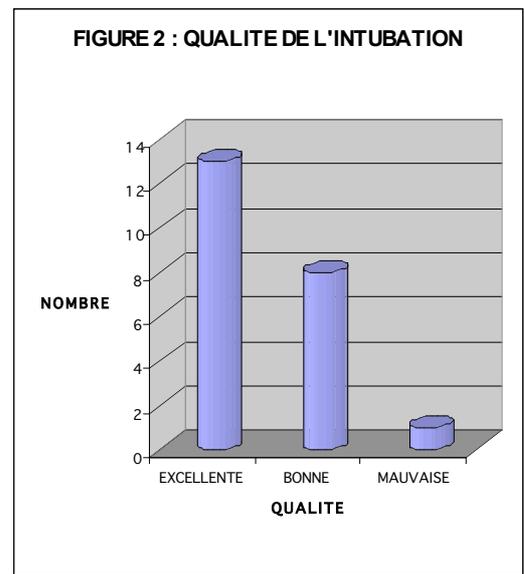


Tableau n° 4 : Répartition des patients selon le sexe et la qualité de l'intubation trachéale

SEXE \ QUALITE	MASCULIN		FEMININ	
	Nombre	%	Nombre	%
Excellente	6	60	7	58,34
Bonne	4	40	4	33,33
Mauvaise	0	0	1	8,33
Total	10	100	12	100

La qualité de l'intubation trachéale n'est pas liée au sexe du patient (P > 0,05)

Tableau n° 5 : Répartition des patients selon le narcotique et la qualité de l'intubation trachéale

QUALITE DE L'INTUBATION NARCOTIQUE	Excellente	Bonne	Mauvaise	Total
Kétamine	4	0	0	4
Propofol	1	2	0	3
Thiopental	8	6	1	15
Total	13	8	1	22

La qualité de l'intubation trachéale est indépendante du narcotique utilisé à l'induction (P > 0,05)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Le bromure de rocuronium est un curare non dépolarisant mono quaternaire de la famille des aminostéroïdes, dont l'utilisation lors de l'induction à séquence rapide en anesthésie générale a fait l'objet de plusieurs études

Nous avons évalué la qualité de l'intubation trachéale réalisée 60 secondes après administration de bromure de rocuronium en raison de 0,6 mg/kg chez 22 patients

Le sexe féminin a été dominant avec 54,55 % des cas, l'âge moyen de 46,04 ans et la tranche d'âge de 40 à 59 était plus prédominante

Chez 95,45 % des sujets, à la soixantième seconde, les conditions d'intubation trachéale étaient cliniquement acceptables (TOF+). Dans plus de 59 % des cas l'intubation était de qualité excellente. Le délai d'installation de la curarisation à l'adducteur du pouce ou de l'orbiculaire de l'œil variait entre 55 et 60 secondes dans plus de 90% des cas, résultats comparables à ceux de Magorian T et al (2)

La qualité de l'intubation trachéale ne paraît pas être liée ni au sexe ni au produit narcotique utilisé (P>0,05)

Plusieurs études (3, 4, 5, 6) similaires à notre étude, utilisant la même posologie du bromure de rocuronium, ont montré que les conditions d'intubation trachéale sont excellentes ou bonnes dans plus de 95% des cas à la 60^{ème} seconde quelque soit le produit narcotique utilisé à l'induction

Le délai d'action court du bromure de rocuronium a amené certaines équipes à étudier son utilisation au cours de l'induction à séquence rapide en anesthésie générale

Stodart (6) et Tyrba (7) ont trouvé que le rocuronium à la dose de 0,6 mg/kg procure des conditions d'intubation trachéale similaires à celles obtenues avec la succinylcholine.

Les études (3, 4, 8) comparant la succinylcholine (1 à 1,5 mg/kg) et le bromure de rocuronium

(0,6 mg/kg) n'ont pas montré de différence statistiquement significative entre les conditions d'intubation trachéale après administration des deux molécules.

Contrairement à notre protocole, pour certains auteurs (9, 10), la dose minimale adéquate de rocuronium est de 0,9 mg/kg et d'autres comme Sparr HJ, affirment qu'il faut une dose au moins égale à 1 mg/kg pour obtenir des conditions d'intubation identiques à celles obtenues avec la succinylcholine (1 à 1,5 mg/kg) [1, 10, 11].

La durée moyenne d'action du rocuronium à 0,6 mg/kg a été de 26 minutes dans notre série, résultat comparable à l'étude de Huizinga ACT et al (4) et (12)

Nos résultats semblent être en faveur de l'utilisation du rocuronium comme alternative à la succinylcholine lors de l'intubation à séquence rapide en anesthésie générale; les avantages du rocuronium sont multiples (absence de fasciculations, moins d'effets secondaires, durée d'action plus longue)

Nous n'avons observé ni de modifications de l'hémodynamique ni de réactions allergiques dans notre série; ce qui corrobore les résultats de l'étude réalisée par Smith et al (13) où on a même constaté une faible utilisation de vasopresseur.

Le principal avantage du rocuronium, est son délai d'action plus court que tous les autres curares non dépolarisants disponibles dans la plus part des pays d'Afrique noire et particulièrement au Mali.

CONCLUSION

Malgré la faiblesse de notre échantillon, nos résultats ouvrent la voie à une alternative de la curarisation systématique à la succinylcholine lors de l'induction à séquence rapide.

Le rocuronium, à la dose de 0,6 mg/kg offre des conditions cliniques acceptables d'intubation trachéale. La qualité de l'intubation est excellente au bout de 60 secondes, ce qui permet de l'utiliser dans l'induction à séquence rapide en anesthésie générale et de proposer comme une alternative à la succinylcholine qui a des effets délétères connus qui limitent son utilisation chez certains patients. La deuxième phase de notre étude portant sur un échantillon plus important, permettra de préciser sa place réelle dans l'arsenal anesthésiologique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDREWS J I, KUMAR N, VAN DEN BROM RGH, OLKKOLA KT, ROEST GJ, WRIGTH PMC - A large simple randomized trial of rocuronium versus succinylcholine in rapid sequence induction of anesthesia along with propofol. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1999; 43: 4-8
- MAGORIA T, FLANNERY K B, MILLER RD - Comparison of rocuronium, succinylcholine and vecuronium for rapid -sequence induction of anaesthesia. *Anaesthesia* 1999; 54 :247-252
- COOPER RA, MIRAKHUR RK, CLARKE RS, BOULES Z - Comparison of intubating conditions after administration of org 9426 (norcuronium) and suxamethonium, *Anaesth* 1992; 69 : 269-273.
- HUIZINGA ACT, VANDENBROM RGH, WIERDA JMKH, HOMMES FSM, HENNIS PJ - Intubation conditions and onset of neuromuscular block of rocuronium (org 9426) : a comparison with suxamethonium. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1992; 36:463-468
- ENGBACK J - Can rocuronium replace succinylcholine in rapid sequence induction of anaesthesia. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1999; 43: 1-3.
- SPARR HJ - Choice of the muscle relaxant for rapid -sequence induction. *Eur J Anaesthesiol (Supl)* 2001; 23: 71-76.
- SPARR HJ, LUGER TH, HEIDEGGER T, PUTENSEN-HIMMER G - Comparison of intubation conditions after rocuronium and suxamethonium following "rapid-sequence induction" with thiopentone in elective cases. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40:425-430.
- TRYBA M, ZORN A, THOLE H, ZENZ M - Rapid-sequence orotracheal intubation with rocuronium. A randomized double blind comparison with suxamethonium -Preliminary communication. *Eur J Anaesthesiol(Supl)* 1994; 11: 44-48.
- PUHRINGER FK, KHUNL-BRADY K, KALLER J, MITTERSCHIFFTHALER G - Evaluation of endotracheal intubating conditions of rocuronium and succinylcholine in out patient surgery. *Anesth. Analg.* 1992. 75: 37-640.
- SOMBOONVIBOON W, BUNBURAPHONG P, WHANNA O, JUAJARUNGJAI S, SUKIVIVAT K. - Intubation conditions after three different

doses of rocuronium. I Méd Assoc Thaï; 2000 ; 83 (8) : 850-853.

11. CRUL JF, VANBELLEGEN V, BUYSE L, HEYLEN R, VAN EGMOND J - rocuronium with alfentanil and propofol allows intubation, within 45 seconds. Eur. Anaesthesiol. Suppl. 1995; 11:111-112.
12. STODDA R.D. - Onset of neuromuscular blockade and intubating conditions one minute after the administration of rocuronium in children. Pediat Anaesth 1998 ; 8: 37-40.
13. SMITH CE, BOTERO C, HOLBROOK C, PINCHAK AC, HAGEN JF - Rocuronium versus vecuronium during fentanyl induction in patients undergoing coronary artery surgery. J. Cardiothorac. Vasc. Anaesth. 1999 oct; 13 (5) :567-573.

HEPATECTOMIE POUR TUMEUR : REFLEXIONS A PROPOS D'UNE SERIE DE 18 CAS

KELI E, CASANELLI J.M, BAKARY M, BLEGOLE O, YAPO P, N'GUESSAN H.A
Service de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne
Professeur N'GUESSAN Alexandre CHU de Treichville Abidjan

RESUME

But : Définir le profil clinique des patients ayant subi une exérèse hépatique

Méthode : Analyse retrospective des dossiers des malades opérés de 1977 à 2002 portant sur les données clinico-épidémiologiques (nombre, sexe, âge, indication opératoire), les données pathologiques (type, taille, localisation) et données chirurgicales (gestes, suites opératoires).

Résultats : Il s'agit d'une série de 18 observations avec 9 hommes et 9 femmes dont l'âge était compris entre 28 et 68 ans (moyenne = 45,3 ans).

L'indication opératoire était variable : tumeur hépatique (n = 9), cancer gastrique (n = 4), laparotomie exploratrice (n = 3), cancer de l'œsophage (n = 1) et cancer de la vésicule biliaire (n = 1). Les données pathologiques montraient des lésions de nature variable : CHC (n = 10) associé à une cirrhose macronodulaire (n = 8), adénocarcinome gastrique (n = 3), hémangiome (n = 3), leiomyosarcome gastrique (n = 1), carcinome épidermoïde de l'œsophage (n = 1), adénome (n = 1), nodule de steatose (n = 1) ; de taille variant de 6 à 15 cm et enfin une localisation variable : foie gauche (n = 9), foie droit (n = 7) et intermédiaire (n = 2).

Les données chirurgicales, concernant la voie d'abord celle-ci était bi-sous-costale (n = 10) et médiane (n = 8) ; les gestes sur le foie étaient variables : tumorectomie (n = 5), hépatectomie droite (n = 4), hépatectomie gauche (n = 4), segmentectomie (n = 3), bisegmentectomie (n = 2). Les gestes associés étaient : gastrectomie (n = 6), oesophagectomie (n = 1), hystérectomie (n = 1), colectomie (n = 1), cholécystectomie (n = 1), résection partielle du muscle grand droit (n = 1).

On note des décès postopératoires (n = 4) liés à l'insuffisance hépatique.

Conclusion : Il s'agit d'une série jeune caractérisée par des indications d'hépatectomie hétérogène dominée par le CHC sur cirrhose. La chirurgie réalisée est lourde : hépatectomie majeure et interventions associées, comme en témoigne la mortalité opératoire élevée.

MOTS CLES : Chirurgie hépatique, hépatectomie.

INTRODUCTION

Dans la tradition de notre service, la pratique de la chirurgie hépatique a longtemps été dominée par le traitement de l'abcès amibien du foie (6), les résections hépatiques étaient rares, la cirrhose sous-jacente des cancers primitifs du foie a longtemps influencé la sélection des malades dans les services de médecine et leur caractère habituellement massif avait fini par donner à l'organe la réputation d'un « no man's land » chirurgical. L'avènement de l'échographie et du scanner a profondément modifié cette opinion, mais c'est surtout l'essor de la chirurgie hépatique au cours de ces 15 dernières années en France qui a contribué à rehausser de façon globale l'incidence des cas opérables, la pathologie tumorale du foie a élargi l'éventail de nos indications opératoires, suscitant au sein de notre équipe un intérêt de plus en plus croissant. Le but de cette étude est donc de définir le profil clinique des patients qui dans notre modeste expérience ont fait l'objet d'une exérèse hépatique.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons revu de façon rétrospective les dossiers de tous les patients qui avaient subi une exérèse hépatique pour tumeur de 1977 à 2002. Nous avons ainsi analysé les données clinico-épidémiologiques des opérés portant sur le nombre, le sexe, l'âge et l'indication opératoire : les données pathologiques concernant la tumeur que sont : le type, la taille, la localisation sur le foie et les données chirurgicales prenant en compte les gestes réalisés et les suites opératoires. La définition des différents gestes sur le foie a été inspirée de la nomenclature de Couinaud telle que rapportée par Bismuth (4) qui permet de distinguer résections typiques comportant : la segmentectomie qui correspond à l'exérèse d'un segment, la bisegmentectomie ou exérèse de deux segments, l'hépatectomie droite

intéressant l'exérèse des segments V, VI, VII et VIII. L'hépatectomie gauche étant la résection emportant les segments II, III et IV. La « wedge résection » étant une résection atypique périphérique de taille inférieure à celle d'un segment et qui correspond également à une tumorectomie. La mortalité opératoire est définie comme tout décès survenant dans le mois ou les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Nous avons ainsi colligé 18 dossiers, il s'agissait de neuf sujets de sexe masculin et de neuf sujets de sexe féminin dont l'âge variait entre 28 et 68 ans soit une moyenne de 45,3 ans. La décision d'intervention avait été prise pour tumeur hépatique dans 9 cas, pour cancer gastrique chez quatre opérés, au cours d'une laparotomie exploratrice dans trois cas, enfin lors d'une laparotomie pour un cancer de l'œsophage et un cancer de la vésicule biliaire dans un cas chacun. Le détail des observations est rapporté au tableau I.

Tableau I : Données clinico-épidémiologiques

N°	Sexe	Age	Biologie	Imagerie	Indication
1	F	50 ans		Echo	Masse hépat. dou.
2	M	38 ans		Echo	Tumeur épigas.
3	M			Echo-TDM	Méta. K oesoph.
4	M	37 ans		Echo	Extension K gast.
5	F	39 ans		Echo-TDM	Masse gépat. dou.
6	M	48 ans		Echo-TDM	Méta. K gast.
7	M	31 ans	AFP – Child B9	Echo-TDM	CHC
8	F	64 ans		Echo	K gast. + tumeur bén.
9	F	39 ans		Echo-TDM	Masse hépat. dou.
10	F	57 ans		Echo	K gast. + tumeur bén.
11	F	48 ans		Echo-TDM	Extension K vési.

					bil.
12	M	48 ans	Child B8	Echo-TDM	CHC
13	F	28 ans		Echo	K ovarien + tumeur bén
14	M	68 ans	AFP-Child B7	Echo-TDM	CHC
15	F	61 ans	AFP-Child B8	Echo-TDM	CHC
16	F	60 ans	Child B9	Echo	Hémopéritoine
17	M	49 ans	AFP-Child B9	Echo-TDM	CHC
18	M	66 ans	Child A5	Echo-TDM	CHC

Données pathologiques

Concernant la lésion hépatique, il s'agissait d'une tumeur maligne primitive chez huit opérés, carcinome hépatocellulaire (CHC) développé sur cirrhose de type macronodulaire dans six cas et sur foie sain dans deux cas. Chez trois patients l'exérèse hépatique avait été motivée par l'extension d'un cancer gastrique : envahissement par contiguïté d'un adénocarcinome chez deux patients et métastase hépatique d'un léiomyosarcome chez un opéré. Un patient était porteur d'un adénocarcinome de la vésicule biliaire et un autre d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage. Enfin cinq patients étaient porteurs de tumeurs bénignes, un hémangiome dans trois cas, un adénome chez une patiente et un nodule stéatosique chez un cirrhotique.

Quant à la taille des lésions elle variait pour les tumeurs malignes de 7 à 15 cm soit une moyenne de 10 cm et pour les tumeurs bénignes de 6 à 15 cm soit un diamètre moyen de 12 cm. Le siège de la lésion était sur le foie gauche chez neuf opérés, sur le foie droit chez sept autres, intermédiaire dans un cas et non précisé dans un autre. Cette localisation était unisegmentaire dans neuf cas et plurisegmentaire dans les neuf autres cas.

Données chirurgicales

La voie d'abord utilisée était une voie bi-sous-costale dans 10 cas et une voie médiane sus et sous-ombilicale dans huit cas.

Les différents gestes réalisés étaient une segmentectomie dans trois cas, une bisegmentectomie dans deux cas dont une lobectomie gauche, une hépatectomie droite chez quatre sujets, une hépatectomie gauche dans quatre cas et cinq wedge resection. Il s'agissait ainsi d'une hépatectomie majeure chez huit opérés.

Les gestes associés étaient une gastrectomie partielle distale dans cinq cas et une gastrectomie totale dans un cas, une oesophagectomie subtotal, une hystérectomie totale, une cholécystectomie associée à une colectomie transverse et une résection partielle du grand droit dans un cas chacun soit un acte de chirurgie lourde dans 16 cas. On note quatre décès post-opératoires par insuffisance hépatique soit une mortalité opératoire de 22% pour l'ensemble de la série et de 50% pour les CHC sur cirrhose. Ces différentes données sont rapportées dans le tableau II.

Tableau II : Données pathologiques et chirurgicales

Obs	Tumeur	Taille	Siège	Geste	Autres gestes	Survie
1	Nodule de stéatose	15 cm	V - VI	Bisegmentectomie		?
2	CHC/cirrhose	10 cm	II - III	Hépatectomie G.	Gastrectomie P.D	2 ans
3	Méta. K. epi. Oeso.		II	Segmentectomie	Oesophagectomie	2 ans
4	ADK gastrique		III	Lobectomie G.	Gastrectomie P.D	?
5	Hémangiome	10 cm	V - VI	Hépatectomie		Vivant
6	Méta léiomyo. Gast.		II	Wedge	Gastrectomie T.	13 mois
7	CHC/cirrhose	15 cm	VII-VIII	Hépatectomie D.		3 joirs
8	ADK gastrique		V	Wedge	Gastrectomie P.D	Vivant
9	Hémangiome	6 cm	II	Wedge		Vivant
10	Hémangiome	8 cm	III	Wedge	Gastrectomie P.D	Vivant
11	ADK vésicule biliaire		V	Segmentectomie	Cholecyst.-colect.	2 ans
12	CHC		II - III - IV	Hépatectomie G.		2 ans
13	Adénome	14 cm	IV - V	Bisegmentectomie	Hystérectomie	12 mois
14	CHC/cirrhose	12 cm	II - III	Hépatectomie G.	Gastrectomie P.D	10 mois

15	CHC/cirrhose	8 cm	V	Hépatectomie D.		14 jours
16	CHC/cirrhose	7 cm	II - III	Hépatectomie G.		7 jours
17	CHC/cirrhose	7 cm	V	Hépatectomie D.		7 jours
18	CHC	4 cm	IV - V	Wedge	Exérèse Gd droit	Vivant

COMMENTAIRES

Cette série faible hétérogène marque le début pour nous d'une ère, celle d'un intérêt pour la chirurgie hépatique franchement affirmée à partir des années 90. elle se caractérise par la prévalence des tumeurs primitives dominées par le CHC de taille importante, ce qui confirme une opinion déjà bien établie concernant l'épidémiologie de ces tumeurs sous les tropiques (1) et ailleurs à travers le monde dans les services de référence où les hépatectomies pour tumeurs malignes viennent en première position (6). Trois quart des CHC soit 75% des cas sont associés à la cirrhose macronodulaire, situation qui se voit dans plus de 85% des CHC rencontrés dans les pays à forte endémicité pour les virus B et C de l'hépatite (14), à l'opposé des CHC sur foie non cirrhotique qui représentent 25% des cas comme en Occident (9). Les métastases pour adénocarcinome colique qui ont considérablement contribué à forger l'expérience des équipes occidentales sont absentes dans cette série, on estime ces tumeurs peu fréquentes en Afrique, les modalités de la surveillance post-opératoire et les moyens de leur détection, à bien des égards loin des normes internationales pourraient expliquer ce constat (13). Les tumeurs bénignes représentent 27% des opérés de la série contre 9% dans la série du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New-York (16). Elles sont dominées par l'hémangiome dont l'exérèse se justifie dans un cas par le risque de rupture et l'incertitude diagnostique d'une tumeur d'une tumeur centrale (obs n° 5) alors que les deux autres patients présentaient une lésion dont l'exérèse constituait un geste accessoire au cours d'une laparotomie pour une autre indication (obs n° 9 et 10).

Si le manque d'homogénéité en ce qui concerne les étiologies représente l'une des caractéristiques de cette série, elle vient à la suite d'autres travaux confirmer le rôle de la chirurgie comme la seule méthode thérapeutique à même d'influencer positivement la survie des tumeurs malignes (13).

La voie bi-sous-costale est la voie de prédilection des hépatectomies, le recours à la voie médiane dans cette série s'explique surtout par l'existence de lésions associées.

La résection réglée est la plus fréquente, elle se justifie largement pour les tumeurs malignes (3), et la concernant, le type de résection constitue une variable pronostique déterminante impliquant le respect d'une marge de sécurité de 1 cm (3, 7). Les hépatectomies majeures pour CHC qu'elles soient droites ou gauches restent largement influencées par la cirrhose sous-jacente qui obère la réserve fonctionnelle hépatique à court terme et les potentialités de régénération du parenchyme à long terme (2), nous en avons fait l'amère constat dans 4 cas.

La réalisation de la technique du clamage de Pringle intermédiaire est un artifice intéressant dans l'exécution des hépatectomies droites sur foie cirrhotique qui dans notre expérience duraient plus de 45 minutes (5). Les hépatectomies gauches ont une meilleure tolérance probablement parce qu'elles sont moins longues, ce qui explique la survie à plus de 2 ans chez un opéré, dans l'autre cas l'hémopéritoine par rupture de la tumeur, les conditions de l'urgence et l'âge élevé de la patiente étaient certainement les facteurs péjoratifs. Il convient de signaler que la rupture des CHC est un événement tout aussi rare que grave car elle ne se voit que dans à 8% des cas (8). La cholécystectomie élargie au foie est prônée pour les cancers

invasifs de la vésicule biliaire telle que nous l'avons réalisé dans un cas (17).

Nous n'avons pas eu recours à l'exclusion vasculaire totale dont l'indication n'est pas discutable pour les tumeurs en rapport avec la veine cave inférieure ou la veine sus-hépatique (14). Cependant notre série se caractérise par la prédominance des hépatectomies majeures qui représentent plus de la moitié des opérés soit 55,5% des cas, superposables à la série de Wong à Hong-Kong (8) contre 46,4% dans la série de Gracia en Italie (10).

La résection atypique périphérique également appelée « Wedge resection » réalisée dans cinq cas, ne s'avère délicate que pour les tumeurs du segment V à cause de la vésicule biliaire, et pour les tumeurs des segments postérieurs nécessitant la mobilisation du foie droit cause de torsion prolongée de la veine cave inférieure, facteur supplémentaire d'insuffisance hépatocellulaire postopératoire (8). Les tumeurs bénignes nécessitant une résection majeure posent essentiellement des difficultés de contrôle de l'hémostase en période per-opératoire, car elles se font habituellement sur parenchyme sain (12).

Cette série marque pour nous l'émergence d'un intérêt qui ne fera que s'accroître eu égard au caractère endémique des CHC sur cirrhose auxquels nous serons confrontés de façon certaine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADSON M.A – Primary liver cancers Western experience. In: Blumgart L.H. eds : Surgery of the liver and biliary tract. London : Churchill Livingstone 1988 : 1153-65.
- BELGHITI J – Resection of hepatocellular carcinoma complicating cirrhosis. Br J Surg 1991 ; 78 : 257-8.
- BELGHITI J – Traitement chirurgical du carcinome hépatocellulaire. J Chir 1999 ; 165 : 280-3.
- BISMUTH H – Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. In : Blumgart L.H. eds : Surgery of the liver and biliary tract. London : Churchill Livingstone 1988 : 3-9.
- CHICHE L – Quoi de neuf en chirurgie hépatique en l'an 2000 ? J chir 2000 ; 137 : 2.
- CORNET L, N'GUESSAN H.A, DICK K.R, YAKPA P.E, RICHARD-KADIO M, BANKOLE R, TALLINEAU C.I – Indications chirurgicales actuelles dans l'abcès amibien du foie. A propos d'une série de 270 cas. Ann Chir 1987 ; 41 : 519-24.
- ELIAS D, DUCREUX M, ROUGIER P, SABOURIN J.C, CAVALCANTI A, BONVALOT S, DEBAENE B, ANTOUN S, PIGNON J.P, LASSER P – Quelles sont les indications réelles des hépatectomies pour métastases d'origine colorectale ? Gastroenterol Clin Biol 1998 ; 22 : 1048-55.
- FAN S.T, LO C.M, LUI C.L, LAM C.M, YUEN W.K, YEUNG C, WONG J – Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma : Toward Zero Hospital Deaths. Ann Surg 1999 ; 3 : 322-30.
- GOURNAY J, MONAT S, JOUBERT M, LE NEEL J.C – Carcinome hépatocellulaire sur foie non cirrhotique. Hépatogastro 2000 ; 7 : 25_32 (< 25% des cas. Survie à 5 ans : 25-45%).
- GRAZI G, MAZZIOTTI A, JOVINE E, PIERANGELI F, ERCOLANI G, GALLUCCI A – Total vascular exclusion of the liver during hepatic surgery. Selective use, extensive use, or abuse ? Arch Surg 1997 ; 132 : 1104-9.
- JAECK D, NORLINGER B, SCHAAL J.C, BALLADUR P – Méthodes d'exérèse chirurgicales. In : NORLINGER B, JAECK D eds : Traitement des métastases hépatiques des cancers colo-rectaux. Paris : Springer-Verlag. 1992 : 93-110.
- KELI E, YAPO P, CASANELLI J.M, MOUSSA B, BLEGOLE O, DIANE B, N'GUESSAN H.A – Hépatectomie droite pour hémangiome. Revue Africaine de Chirurgie 1998 ; 1 : 64-6.
- MALAFOSSE R, PENNA C, SACUNNHA A, NORLINGER B – Surgical management of hepatic metastasis from colorectal malignancies. Ann Oncol 2001 ; 12 : 887-94.

14. SOUBRANE O – De nouvelles limites pour la chirurgie hépatique. *Sem Hop* 1999 ; 17-18 : 551-5.
15. WONG J, CHOI T.K 6 Primary liver cell cancers. Asian experience. In : Blumgart L.H eds : *Surgery of the liver and tract*. London : Churchill Livingstone 1988 : 1135-51.
16. JARNAGIN W.R, GONEN M, FONG Y, DEMATTEO R.P, BEN-PORAT L, LITTLE S, CORVERA C, WEBER S, BLUMGART L.H – Improvement in perioperative outcome after hepatic resection : analysis of 1,8003 consecutive cases over the past decade. *Ann Surg* 2002 ; 236 : 397-407.
17. OGURA Y, MIZUMOTO R, ISAJI S, KUSUDA T, MATSUDA S, TABATA M – Radical Operations of Carcinoma of the Gallbladder : Present Status in Japan. *World Surg* 1991 ; 15 : 337-43.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE DES CANCERS PRIMITIFS DES OS A BRAZZAVILLE

PEKO J.F¹, GOMBE-MBALAWA C²

1. Anatomopathologiste ; Praticien hospitalier ; Enseignant d'université

2. Cancérologue ; Praticien hospitalier ; Maître de Conférence ; Enseignant d'université

Correspondance : PEKO J.F : Service d'Anatomie Pathologique BP 2672 Brazzaville Congo ifpeko@yahoo.fr

RESUME

Dans le cadre d'une étude rétrospective au CHU de Brazzaville, les auteurs rapportent 143 cas de cancers primitifs des os sur 10 ans soit une fréquence relative estimée à 14 cas par an. Le diagnostic avait été fait sur des biopsies ou des prélèvements cytologiques de tumeurs osseuses. Les variétés histologiques les plus fréquentes sont le lymphome de Burkitt dans sa localisation maxillo-faciale et l'ostéosarcome ostéogène pure siégeant le plus souvent au niveau de l'extrémité inférieure du fémur. Les deux variétés représentent à elles seules 127 cas soit 88% de tous les cancers primitifs des os. Ils surviennent le plus souvent chez les sujets de sexe masculin avant l'âge de 25 ans.

MOTS CLES : Cancers primitifs des os, épidémiologie, anatomie pathologie.

INTRODUCTION

La définition nosologique des cancers primitifs des os est basée sur le type de tissu élaboré par les cellules cancéreuses. L'OMS (11) distingue ainsi les tumeurs malignes squelettogènes, et les tumeurs malignes non squelettogènes. D'après le registre du cancer de Brazzaville, les cancers primitifs des os sont relativement rares. Le but de ce travail rétrospectif était de déterminer le profil épidémiologique et anatomopathologique de ces principaux cancers.

MATERIELS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur 10 ans (janvier 1992 à décembre 2001). Les registres du service d'Anatomie Pathologique du CHU de Brazzaville ont permis d'obtenir les données sur l'âge, le sexe, le siège et le type histologique de la tumeur osseuse. Le diagnostic de cancer avait été porté sur des biopsies ou des prélèvements cytologiques, analysés selon les techniques habituelles en anatomie pathologie, notamment les coupes en paraffine colorées à l'HE pour les biopsies et les frottis minces colorés au Giemsa pour les prélèvements cytologiques.

RESULTATS

Pendant la période d'étude 2558 tumeurs malignes avaient été diagnostiquées histologiquement. Parmi elles 143 cancers primitifs des os. La fréquence relative est de 14 cas par ans. Les principales variétés histologiques étaient le lymphome de Burkitt : 88 cas et l'ostéosarcome : 39 cas (tableau I). Ces deux variétés représentent à elles seules 127 cas soit 88% de tous les cancers primitifs des os. Elles surviennent le plus souvent chez le garçon avant la fin de la deuxième décennie (tableau II).

Tableau I : Types histologiques/sexe

Type histologique/sexe	Homme	Femme	Total	%
Lymphome Burkitt	57	31	88	61,54
Ostéosarcome	29	10	39	27,28
Fibrosarcome	5	2	7	4,90
Chondrosarcome	3	1	4	2,79
Myelome multiple	3	1	4	2,79
Sarcome d'Ewing	1	0	1	0,70
Total	98	45	143	100

Le lymphome de Burkitt et l'ostéosarcome sont les principaux cancers primitifs des os.

Tableau II : Types histologiques/âge moyen

Type histologique	Age moyen
Lymphome Burkitt	7
Ostéosarcome	22
Fibrosarcome	36
Chondrosarcome	32
Myelome multiple	61
Sarcome d'Ewing*	13

* En enregistrant un cas il est difficile de parler d'âge moyen

Le lymphome de Burkitt et l'ostéosarcome surviennent avant l'âge de 30 ans.

DISCUSSION

Les résultats de ce travail ne sont pas exhaustifs car les données analysées ne sont que d'un seul service, néanmoins la fréquence relative annuelle obtenue est proche de celle de Nikegoum au Cameroun (9). Selon plusieurs auteurs (7, 9), le cancer primitif de l'os est une pathologie du sujet jeune. Dans notre étude, 140 malades soit 97% ont un âge moyen ne dépassant pas 30 ans. Dans cette tranche d'âge nous avons constaté comme dans la série camerounaise (9) que les cancers primitifs des os sont dominés par le lymphome de Burkitt et l'ostéosarcome. En effet, le lymphome de Burkitt dans sa localisation maxillo-faciale sevit sous un mode endémique en Afrique et en Nouvelle Guinée (2, 3, 4) ; aussi, le lymphome de Burkitt est dans notre pays comme en Côte d'Ivoire le premier cancer de l'enfant avant l'âge de 15 ans(8) avec une prédominance masculine. L'ostéosarcome est après le lymphome de Burkitt le deuxième cancer primitif des os. Il est plus fréquent dans le sexe masculin. Son maximum de fréquence se situe dans la deuxième décennie et sa

localisation au tiers inférieur du fémur est plus fréquente. Toutes ces observations épidémiologiques sont identiques à celles de nombreux auteurs (5, 9). Au plan histologique nous avons noté une prédominance de la forme ostéogène pure au détriment de la forme mixte. Le sarcome osseux d'Ewing est une tumeur neuro-ectodermique (1, 5). Il est rare chez le noir africain et américain (6, 10).

Concernant les autres cancers observés dans notre travail, les caractéristiques épidémiologiques et anatomopathologiques corroborent celle décrites dans la littérature.

CONCLUSION

Les cancers primitifs de l'os sont relativement rares. Ils surviennent le plus souvent chez des sujets jeunes. Les types histologiques les plus fréquents sont le lymphome de Burkitt dans sa localisation maxillo-faciale et l'ostéosarcome ostéogène du tiers inférieur du fémur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DEHNER L – Primitive neuro-ectodermal tumor and Ewing's sarcoma. *Am J Surg Path* 1993 ; 17 : 1-13.
2. DIVINE M – Lymphome de Burkitt Edition techniques-Encycl.MED. Chir. (Paris – France), Hematologie ? 13-016-A-50, 1994, 9p.
3. DOUMBE P, MBAKPO A, ESSOMBA M.T, MBOU M.T, OBAMA M.T; KAGO I et al – Lymphome de Burkitt chez l'enfant au Cameroun : aspects descriptifs et anatomo-cliniques.
4. HIENS S – Incidence des cancers de la ville d'Abidjan : Analyse des données du registre du cancer d'Abidjan pour l'année 1995. Thèse Méd. Abidjan : 1996 : 1817.
5. MAZABRAUD A – Sarcomes ostéogènes. Anatomie Pathologique osseuse tumorale Springer-Verlag France, Paris, 1994 : 110-116.
6. MAZABRAUD A – Sarcomes ostéogènes. Anatomie Pathologique osseuse tumorale Springer-Verlag France, Paris, 1994 : 199-202.
7. MBAKOP A, YOMI J, YANKEUM J, NKEGOM B, MOUELLE-SONE A – Localisation des cancers chez les hommes et les femmes âgés de plus de 50 ans au Cameroun. *Bull Cancer* 1997 ; 84 (12) : 1119-22.
8. MEANGUI L – Tumeurs solides malignes de l'enfant : Etude épidémiologique et histologique à propos de 237 cas. Thèse Méd. Abidjan 1999 : 2023.
9. NKEGOM B, YOMI J, MBAKOP A, NGASSA B.B, ABONDO A – Les cancers primitives des os au Cameroun : Aspects anatomo-cliniques. *Med. Afr. Noire* 2002-49 (7), 354-358.
10. PHILIP T, FRAPPAZ D – Cancers de l'enfant (Monographie) *Rev. Prat. (Paris)* 1993 ; 43 (17) : 2173-5.
11. SCHAJOWICZ F, SISSONS H.A, SOBIN L.H – The World Health Organisations's histological classification of bone tumors. *Cancer* 1993 ; 75 : 1208-14.

PSEUDOKYSTE POST TRAUMATIQUE DU PANCREAS CHEZ UN ENFANT DE 6 ANS

SANOGO ZZ¹, YENA S¹, DIARRA K¹, DOUMBIA D², OUATTARA Z³, DIALLO A²,
SIDIBE S⁴, SANGARE D¹, SOUMARE S¹

1. Service de chirurgie « A », Hôpital du Point G

2. Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital du Point G

3. Service d'urologie, Hôpital du Point G

4. Service de Radiologie, Hôpital du Point G

RESUME

But : rapporter un cas clinique rare de pathologie pancréatique post traumatique chez un enfant de 6 ans, et partager les circonstances sinieuses de découverte et le traitement dans notre service.

Matériel et méthodes : il s'est agi d'une étude descriptive portant sur un cas de pseudo kyste post traumatique du pancréas recensé au cours de l'année 1998 dans le service.

Résultats : la découverte de la lésion a eu lieu 5 mois après le traumatisme. Le diagnostic a été posé à l'échographie. Le traitement a consisté en un drainage par laparotomie. Les suites ont été simples.

Conclusion : le pseudo kyste post traumatique du pancréas chez l'enfant est rare. La constitution du kyste peut se faire à distance du traumatisme. L'échographie abdominale demeure dans ce cas un instrument de diagnostic très sensible. Le pronostic après le drainage par laparotomie du pseudo kyste post traumatique a été bon.

MOTS CLES : pancréas, pseudo kyste, traumatisme, drainage.

I. INTRODUCTION

Le faux kyste du pancréas ou pseudokyste peut survenir après un traumatisme[1]. La constitution du pseudokyste est en règle doublée d'une pancréatite aiguë ou chronique[1]. Nous rapportons un cas de pseudokyste du pancréas chez un enfant de 6 ans victime d'un piétinement par un bœuf de labour. Le diagnostic a été fait avec un retard certain. Le malade a du séjourner en service de médecine interne car la notion de traumatisme a été longtemps refoulée. Le diagnostic chirurgical a été facile sur la base des examens cliniques et para-cliniques. Le traitement par drainage par laparotomie a été un succès. Les suites post opératoires ont été simples.

II. MATERIEL ET METHODES

Observation clinique

Un garçon de 6 ans, résident rural à 130 km de BAMAKO a consulté pour la première fois au centre de santé de Bougouni. Le motif de consultation en urgence était un abdomen aigu post traumatique. L'enfant avait été piétiné par un bœuf de labour le 22/10/98. Les douleurs abdominales et les vomissements étaient les signes notés à l'arrivée. Sur la base du diagnostic d'abdomen aigu a été pratiquée le 01/11/98 une laparotomie exploratrice au C.S. L'exploration montrait un liquide d'aspect trouble en quantité abondante et de nombreuses plaques de fibrine, ainsi que des adénopathies mésentériques. Tous les organes intra abdominaux semblaient normaux. Au 10^{ème} jour post opératoire existait encore une augmentation importante du volume abdominal avec signe du flot, nécessitant des ponctions évacuatrices répétées.

Le 29/03/99, soit 5 mois après le traumatisme l'enfant a été réfféré sur l'hôpital du Point G Bamako. Après un séjour de trois semaines en service de médecine interne, nous l'examinions pour la première fois. Le seul antécédent médical était le paludisme. Les antécédents chirurgicaux mentionnaient la laparotomie du 01/11/98 à Bougouni. Il n'existait aucune pathologie familiale connue. Les signes fonctionnels se résumaient à une inappétence, une pesanteur abdominale, une douleur abdominale et des vomissements. L'état général était altéré sans fièvre, une tachycardie à

116/min, des conjonctives peu colorées, une circulation veineuse collatérale et une asthénie.

A l'examen physique une cicatrice de laparotomie sus et sous ombilicale était notée. L'abdomen était tendu, augmenté de volume, à contours réguliers. Le périmètre abdominal per ombilical était de 70 cm. Une masse douloureuse de consistance molle occupait tout le cadre abdominal.

L'échographie objectivait une grosse structure kystique de 13 cm de diamètre antéro-postérieur, contenant des sédiments. La tomодensitométrie n'a pu être effectuée car trop onéreuse par rapport aux moyens modestes des parents. Le foie et la vésicule biliaire étaient sans anomalie. La radiographie du thorax de face était normale. La numération formule sanguine et la glycémie étaient normales. Le taux d'amylase sanguine par contre était de 1370 UI/L (<82 UI/L) L'exploration chirurgicale était décidée. Une laparotomie médiane sus et sous ombilicale était pratiquée. Les 2/3 de la cavité abdominale étaient occupés par une volumineuse masse kystique liquidienne refoulant le grêle dans le pelvis, le colon transverse en avant et l'estomac en cranial. La masse était développée au dépens de la face antérieure du pancréas. La ponction à l'aiguille fine ramenait un liquide blanc sale. Un premier drain intra kystique était placé. Un second drain dans l'hypochondre gauche était positionné et fixé à la peau. La paroi abdominale était fermée plan par plan. Une antibiothérapie à base de métronidazole 0,5g/24h et d'amoxicilline 1g/24h de même que un traitement antalgique complétaient les gestes de réanimation. Le drain intra kystique tombait à J10, et celui de l'hypochondre gauche était enlevé sur la base du tarissement des sécrétions à J12.

La surveillance échographique post opératoire montrait à la date du 10/05/99 une collection résiduelle de 42mm de diamètre. Trois mois après le drainage ne subsistait aucun aspect kystique ou épanchement intra péritonéal à l'échographie.

Le taux d'amylase pancréatique était de 167 UI/l contre 1370 UI/l avant l'intervention.

Le compte rendu d'anatomopathologie montrait que la paroi kystique était constituée exclusivement de faisceaux collagènes sans revêtement épithélial.

III. DISCUSSION

Les pseudo kystes du pancréas sont en général rares[1]. Au Mali nous ne disposons d'aucune statistique de cette pathologie. Les pseudo kystes post traumatiques de l'enfant semblent plus rares[2]. Cette rareté est souvent cause de méconnaissance de la pathologie. La constitution d'un pseudo kyste pancréatique se fait à distance du traumatisme dont la notion peut être oubliée. Ainsi le garçon de 6 ans de notre étude était référé en service de médecine interne, la notion de traumatisme étant passée en second plan. Le diagnostic de lésion pancréatique n'est donc pas toujours facile à distance d'un traumatisme abdominal.

Les signes fonctionnels comme les vomissements, la douleur l'asthénie sont souvent présents[1,2,3]. Une cachexie et une altération de l'état général sont en général retrouvées. La tuméfaction abdominale, souvent volumineuse et douloureuse à la palpation résume la symptomatologie physique [3]. Notre jeune patient présentait dès le premier examen chirurgical tous ces signes francs, ce qui nous a permis de poser le diagnostic de pseudo kyste post traumatique du pancréas.

La première échographie a posé le diagnostic de lésion kystique du pancréas. Elle serait l'examen de diagnostic et de contrôle le plus fiable et le plus sensible[4]. Elle donne des renseignements quant au siège, au volume et au caractère kystique de la tuméfaction pancréatique. Notre malade a bénéficié de cet examen en pré et en post opératoire. La tomodynamométrie serait plus performante [4] mais n'a pu être effectuée chez notre patient pour raison de coût élevé.

Les traumatismes du pancréas s'accompagnent de pancréatite aiguë ou chronique. Le dosage de l'amylase sanguine peut être d'importance pour le diagnostic et la surveillance thérapeutique. Le taux d'amylase pancréatique est passé de 1370UI/l en préopératoire à 167UI/l en post opératoire.

La contusion pancréatique appelle une attitude d'expectative armée, sauf lorsque existent des lésions de rupture imposant la chirurgie d'urgence[5]. Le jeune malade a été opéré tôt mais le diagnostic précis n'a pas été fait.

La résorption spontanée du pseudo kyste serait possible[6,1], mais des complications de type rupture, infection du contenu kystique ou hémorragie restent possibles[6]. Le cas clinique de notre étude a développé au fil des semaines un pseudo kyste qui a régulièrement augmenté de taille malgré les ponctions itératives. Le caractère stérile du liquide de ponction relèverait d'une insuffisance de l'examen bactériologique.

Les actes thérapeutiques chirurgicaux comportent le drainage interne du pseudo kyste, possible seulement après maturation de la paroi kystique. Il s'agit de kysto-gastrostomie ou de kysto- jejunostomie.

Le drainage externe est possible ainsi que les ponctions écho-guidées [5-6-7]. Des voies de ponction trans gastrales et trans hépatiques ont été décrites[8]. Les indications de la ponction sont les obstructions gastro-intestinales, une augmentation rapide du volume du kyste ou une infection du contenu kystique. Des fistules après ponctions ont été signalées[5-6]. Plusieurs ponctions peuvent être effectuées sans danger[7]. Dans notre cas d'étude, devant ce volumineux pseudo kyste pancréatique avec compression locale, les multiples ponctions n'ont donné aucun résultat souhaitable. Une laparotomie avec drainage externe du contenu kystique a abouti à l'affaissement de la structure pseudo kystique pancréatique. Les suites ont été simples.

CONCLUSION

Le pseudo kyste post traumatique du pancréas chez l'enfant est rare dans notre pratique(1 cas /768 laparotomies/an). Le faux kyste post traumatique du pancréas peut se constituer à distance du traumatisme abdominal et poser des problèmes diagnostiques. L'échographie demeure dans notre contexte d'exercice l'examen d'imagerie le plus approprié de part sa sensibilité sa fiabilité et son coût. Le pronostic est bon après drainage chirurgical externe.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANDERSON MC - Management of pancreatic pseudocysts. Am J Ch 1972 ; 120 : 209-221.
2. BASS J & MITARB - Blunt pancreatic injuries in children : the role of percutaneous external drainage of pancreatic pseudocysts. J Pediatr Surg 1998; 23 : 7216724.
3. BELGHITI J - Indications chirurgicales dans le pkp. Ann chir 1990 ; 1 : 5p. 59.
4. FLAMENT JB - Une approche moderne des FKP, choix des examens pré et post opératoires et orientations thérapeutiques. Chirurgie 1985 ; 111 : 348-356.

5. JAFFE RB, ARATA & MATLAK ME - Percutaneous drainage of traumatic pseudocysts in children. Am J Roentg 1989 ;152 : 591-595.
6. COLHOUN E, JJ MURPHY & DP MAC EARLEAN - Percutaneous drainage of pseudocysts. Br J Surg 1984 ; 71:131-132.
7. LE-MEY C - Dérivations kysto-digestives endoscopiques, à propos de 10 cas. Chirurgie 1987 ; 113 : 726-7.
8. GUMASTE UV & DAVE PB - Pancreatic pseudocyst drainage, the needle or the scalpel ? J clin Gastroenterologie 1991;135 : 500-505.

INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 3 CAS

SANOGO ZZ¹, YENA S¹, SIMAGA AK², DOUMBIA D², OUATTARA Z³,
DIALLO A², SIDIBÉ S⁴, SANGARÉ D¹, SOUMARÉ S¹

1. Service de chirurgie « A », Hôpital du Point G

2. Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital du Point G

3. Service d'urologie, Hôpital du Point G

4. Service de Radiologie, Hôpital du Point G

RESUME

But : rapporter les aspects diagnostiques cliniques, para-cliniques et thérapeutiques de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte.

Matériel et méthodes : cette étude rétrospective descriptive a porté sur trois cas cliniques tous recensés et traités dans le service de chirurgie « A » au cours de l'année 1999.

Résultats : une tuméfaction de la fosse iliaque droite ou un syndrome occlusif ont caractérisé les circonstances de découverte. Le diagnostic a été clinique et para clinique (échographie et lavement baryté). Le traitement a été chirurgical dans les 3 cas. Il a consisté en une hémicolectomie droite suivie d'une iléostomie dans un premier temps. Un rétablissement de la continuité intestinale a été effectué 4 semaines après. Les suites ont été simples.

Conclusion : les invaginations intestinales aiguës de l'adulte sont rares. La phase aiguë est souvent l'aboutissement à bas bruit d'un processus chronique. Le pronostic est bon malgré le diagnostic souvent tardif.

MOTS CLES : Intussusception, stomie, rétablissement de continuité.

I. INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte est connue pour sa rareté[1]. Elle peut évoluer sur un mode chronique et peut être due à des lésions sous jacentes. Elle se rencontre souvent en Afrique et serait rare chez l'adulte européen[1].

Nous rapportons 3 cas d'invagination intestinale aiguë chez l'adulte tous recensés au cours de l'année 1999 dans le service de chirurgie A de l'hôpital du POINT G. Tous ces cas ont fait l'objet d'un traitement chirurgical.

II. MATERIEL ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective. Elle a porté sur 3 cas d'observations cliniques, diagnostiqués et traités dans le service de chirurgie A de l'hôpital du Point G. Ont servi de support les dossiers d'observation des malades, les compte rendu d'anesthésie, d'intervention et d'histologie

III. RESULTATS

Observation n° 1 :

M. C., un paysan de 43 ans a été hospitalisé en urgence le 10/06/99 pour douleur de la fosse iliaque droite remontant à trois jours, accompagnées de vomissements alimentaires et bileux, sans notion d'arrêt de matières et de gaz. Il existait plutôt une diarrhée ne soulageant pas la douleur, mais accompagnée de filet de sang. L'examen clinique retrouvait un abdomen souple avec une défense localisée seulement dans la fosse iliaque droite, une masse palpable rénitente, mobile, douloureuse de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal était très douloureux et l'ampoule rectale vide. Le doigtier ne ramenait pas de sang. L'échographie effectuée en urgence évoquait le diagnostic de plastron appendiculaire. Un traitement antibiotique (métronidazole 1,5 g/24h, amoxicilline 3g/24h), et un traitement anti inflammatoire à base de diclofenac 150mg/24h étaient institues, avec vessie de glace dans la fosse iliaque droite. Après amélioration de la symptomatologie la sortie a eu lieu le 18/06/99. Un contrôle clinique et échographique était prévu en

ambulatoire. Le diagnostic de sortie a été un plastron appendiculaire.

Au cours de la période d'observation les vomissements reprenaient avec une altération notable de l'état général. Le malade fut hospitalisé le 10/07/99. Le bilan sanguin montrait une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles. Le cliché d'abdomen sans préparation révélait des opacités à centre clair para vertébrales et pelviennes. Le lavement baryté mettait en évidence une masse siégeant au niveau du colon descendant et l'angle colique droit. La symptomatologie prenait une évolution de type péritonite.

Une laparotomie était effectuée le 14/07/99. A l'ouverture existait une agglutination d'anses grêles et d'épiploon à l'angle colique droit, du pus et une invagination iléo-coeco-colique ascendante. L'angle colique droit était le siège d'une perforation de 0,5 cm de diamètre. Une hémicolectomie droite avec iléostomie droite et fermeture du moignon colique ont été effectuées. La cavité péritonéale était lavée et largement drainée. Les suites post opératoires ont été simples.

La continuité intestinale a été rétablie 4 semaines après. La sortie de l'hôpital a eu lieu le 30/07/99.

A l'histologie le fragment colique présentait une muqueuse hyperplasique, sans atypie nucléaire, un chorion légèrement inflammatoire. Il n'y avait pas de lésions histologiques de malignité.

Observation n° 2 :

D. S. un agriculteur de 46 ans a été reçu en consultation le 09/12/00. Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite évoluant depuis 1 mois. L'examen physique retrouvait une tuméfaction mâte de la fosse iliaque droite, douloureuse à la palpation, rénitente et mobile.

L'échographie découvrait une tumeur du colon droit, bien individualisée. L'abdomen sans préparation objectivait des opacités calciques à centre clair para vertébrales droites et pelviennes bilatérales évocatrices de bilharziose vésicale.

Le lavement baryté présentait une image de masse colique droite avec arrêt de baryte en flocons. Une laparotomie était pratiquée le 29/12/99. Elle mettait en évidence une

invagination iléo-coeco-colique remontant jusqu'au colon transverse. Le boudin d'invagination était réséqué, et le moignon colique fermé. Une iléostomie droite était confectionnée, suivie d'un lavage et drainage de la cavité péritonéale. Le rétablissement de la continuité intestinale par iléo-transversostomie termino-terminale a eu lieu 4 semaines après. Les suites opératoires ont été simples. La sortie de l'hôpital a eu lieu le 10/01/00. L'examen anatomopathologique ne montrait aucune lésion de malignité.

Observation n° 3 :

S.M. un pêcheur de 58 ans a été hospitalisé en urgence le 01/10/99. Le motif de consultation est un syndrome occlusif. Le malade signalait depuis 4 semaines une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite, traitée traditionnellement, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux. L'arrêt des matières et des gaz n'était pas franc. Une fausse diarrhée avec glaires sanguinolentes était signalée.

L'examen physique révélait une altération de l'état général, une déshydratation, un hoquet. La palpation de la fosse iliaque droite objectivait une tuméfaction douloureuse, mobile, rénitente, s'étendant dans l'hypochondre droit. Le toucher rectal combiné au palper abdominal provoquait un cri du Douglas à droite. Le doigtier ne ramenait ni sang ni selles.

La numération formule sanguine montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'échographie posait le diagnostic d'invagination intestinale aiguë.

Après une brève réanimation une laparotomie médiane sus et sous ombilicale permettait la découverte d'une invagination iléo-coeco-colique ascendante prenant les 2/3 du colon transverse. Une hémicolectomie droite était effectuée et une iléostomie temporaire à la fosse iliaque droite mise en place. La continuité intestinale a été rétablie le 24/10/99 avec des suites simples. La sortie de l'hôpital a eu lieu le 02/11/99. Il n'y avait aucun signe histologique de malignité à l'examen histologique.

IV. DISCUSSION

La fréquence des invaginations intestinales chez l'adulte est peu élevée dans les Amériques et en Europe[3]. Aux USA elles représentent une hospitalisation par an pour 100 lits de chirurgie. En Afrique, au CHU de Treichville à Abidjan en Côte D'Ivoire, GBAGBO[4] a rapporté 20 cas sur dix mille malades opérés dans un seul service de chirurgie.

La fréquence relativement élevée dans les pays tropicaux s'expliquerait par la prévalence des pathologies intestinales comme les salmonelloses majeures, l'amibiase et les parasitoses chroniques[5,6].

Au Mali nous ne disposons pas de statistiques sur cette pathologie chez l'adulte.

La symptomatologie est dominée par l'occlusion aiguë dans 10-30% des formes en Europe contre 75-100% des cas en Afrique[7]. Les signes d'occlusion à savoir la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et de gaz ont été francs dans les observations 2 et 3. Dans l'observation n°1 ces signes n'étaient pas évidents.

L'interrogatoire a permis une orientation diagnostique dans les observations 2 et 3. Tous nos malades ont consulté tard. Le délai entre le début de la symptomatologie et la première consultation dépassait 2 semaines.

L'examen clinique a dans tous les 3 cas révélé l'élément tumoral. La tuméfaction a été deux fois sur trois classée d'origine appendiculaire.

L'échographie abdominale a évoqué une fois sur 3 le diagnostic de certitude de l'invagination intestinale et deux fois le diagnostic de plastron appendiculaire.

La présence de sang dans les selles a été confirmée chez 2 malades sur 3 au toucher rectal.

Le syndrome douloureux abdominal a été retrouvé dans tous les cas. La douleur a été de type répétitif évoquant un syndrome de type miserere. Cette forme tumorale douloureuse serait rare en Afrique[8]

Le lavement baryté à visée diagnostique a eu une indication dans ces formes pseudo tumorales, soit 2/3 malades. Les images ont été les classiques aspects en mosaïque ou d'arrêt en pince de homard[9].

Le traitement de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte a été chirurgical pour les trois malades. La chirurgie a comporté deux temps. Une stomie grêle a été confectionnée dans un premier temps suivie 4 semaines après du rétablissement de la continuité intestinale.

Il est de règle dans toute invagination intestinale découverte tôt de tenter une désinvagination [9]. Il n'y avait pas d'indication pour la réduction chez nos malades vus très tard à des stades de perforation ou de pré perforation. Nous avons pour tous les trois malades réalisé une hémicolectomie droite et une iléostomie temporaire.

Le rétablissement immédiat de la continuité n'a pas été pratiqué du fait du milieu septique d'intervention (1cas) et du mauvais état général des malades. La continuité intestinale a été aisément rétablie après 4 semaines avec des suites simples.

Un cæcum mobile a été la cause de l'invagination dans la première observation. Des adénopathies mésentériques multiples étaient observées dans les cas 2 et 3.

Le pronostic a été bon malgré le caractère tardif des lésions. Tous les malades avaient un état général satisfaisant à la sortie de l'hôpital.

La mortalité de l'invagination intestinale chez l'adulte varie selon l'étiologie, le terrain et selon la gravité des lésions intestinales[10].

Elle serait de 9- 40% dans les formes aiguës[10], expliquant le caractère urgent de l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION :

L'invagination intestinale chez l'adulte réserve un bon pronostic, même dans les formes diagnostiquées tard. La stomie temporaire épargne au malade une intervention trop longue mais aussi les complications liées à une anastomose immédiate.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OTTENI E, KLEIN A, HOLLENDER LF - Les invaginations intestinales de l'adulte, à propos de 19 observations personnelles. Ann Chir 1972 ; 26 : 617-621.
2. RIBAUT L, CUVILLIER X, DIAGNE AL - Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte ; à propos de 3 cas à l'hôpital principal de Dakar. Med Afr N 1991 ; 38 (6): 442-444.
3. GUPTA S, UDUPA KN - Intussusception in adults. Intern Surg USA 1976 ; 61 : 231- 233.
4. GBOGBO. P - L'invagination intestinale chez l'adulte, à propos de 20 cas vus au CHU de Treichville en 12 ans (1969-1980). Thèse, médecine, Abidjan, 1981 n° 297.
5. OUADFEL J, ASSEM A, JALIL A, IFRINE L, KOUTANI A, BALAFREI S - Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte ; à propos de 6 cas. Lyon Chir 1990 ; 86-4 : 319-321.
6. GENTILINI M- Médecine tropicale Paris : Flammarion. Médecine-Sciences, 1993 : 928 p.
7. MERLE H, KONE A - L'invagination intestinale aiguë de l'adulte en milieu africain. Mém CHIR 1960 ; 86 : 202-5.
8. N'GUESSAN M, WADJO A C, KADIO R, ACANAVIRA P, CORNET L - Invagination intestinale de l'adulte : 10 cas Méd Afr N 1981 ; 28 : 729 - 735.
9. DELANNOY E - Invagination intestinale de l'adulte. Rev Prat 9 : 415-9.
10. BOURLIÈRE - NAJEAN B, DEVRED P, PANUEL M, FAUVE F - L'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. Feuil Radiol 1989 ; 29 :173-9.